Nationaler Ethikrat

Wie wir sterben / Selbstbestimmung am Lebensende

Tagungsdokumentationen

Nationaler Ethikrat


PATIENTENV

Entscheidungshilfe für die behandelnd

Falls ich in einen Zustand gerate, in welchem ich
higkeit unwiderruflich verloren habe, will ich, dass
nur noch eine Sterbens- und Leidensverlängerun

Auf jeden Fall erwarte ich aber, dass eine ausreic
nommen wird, auch wenn sich mein Leben dadur
sich in Stille und Würde vollenden.

Vor einer entsprechenden Entscheidung über das
die verantwortlichen Ärzte mit folgenden Personen
dem Arzt meines Vertrauens, die von meiner Patien
haben, Rücksprache nehmen, um den verantwortlich
maßlichen Willens zu erleichtern. Die verantwortlichen
der Schweigepflicht entbunden.

Auch bestätigen folgende Personen mit nachfolgender Untersch
meiner Patientenverfügung Kenntnis genommen haben und ich die
sorgfältiger Überlegung im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und unab
flüssen Dritter unterschrieben habe.

Ergänzungen/Nachträge

Tagungsdokumentationen

Wie wir sterben/ Selbstbestimmung am Lebensende

Tagungen des Nationalen Ethikrates in Augsburg und Münster

Tagungsdokumentationen Augsburg Münster

Nationaler Ethikrat

Tagungsdokumentationen

Wie wir sterben/ Selbstbestimmung am Lebensende

Tagungen des Nationalen Ethikrates
in Augsburg und Münster

Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer
Jägerstraße 22/23 • D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/203 70-242 • Telefax: +49/30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

Nationaler Ethikrat
Tagungsdokumentationen Augsburg Münster

Gestaltung: BartosKersten Printmediendesign, Hamburg
Titelillustration: Manfred Bogner
Druck: MEDIALIS-Offsetdruck, Berlin

INHALT

„Selbstbestimmung am Lebensende“ – Öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates
MÜNSTER, 24. November 2004

ECKHARD NAGEL
Mitglied des Nationalen Ethikrates

Vorwort

„Bis wohin reicht mein Leben, und wo beginnt die Nacht?“ Wie hier Rainer Maria Rilke haben Dichter und viele andere immer wieder die Frage gestellt, wie weit das Sterben ein Teil des Lebens ist und inwieweit jeder Einzelne sich innerlich und äußerlich darauf vorbereiten kann. In unseren Tagen wird das Sterben bisweilen verdrängt, bisweilen geradezu in die Öffentlichkeit gezerrt, in jedem Fall aber zunehmend als beeinflussbar und Teil eines planbaren Prozesses gesehen.

Die Frage, wie ein würdiges Sterben ermöglicht werden kann, stellt sich insbesondere vor dem Hintergrund des medizinisch-technischen Fortschritts, der sich neben seinen segensreichen Hilfestellungen bei der Behandlung und Überwindung von Krankheit schwer tut, das Sterben von Patienten aufmerksam zu begleiten. Dies führt zu der Überlegung, inwieweit auch das Sterben Teil eines selbstbestimmten Daseins sein sollte und wie dieser Anspruch in der Sterbebegleitung berücksichtigt werden kann.

Diese Fragen haben in unserer Gesellschaft zu einer intensiven Diskussion geführt. Bei Entscheidungen für oder gegen lebenserhaltende medizinische Maßnahmen steht der Wille des Patienten im Mittelpunkt. Dabei spielt eine wichtige Rolle, in welcher Form die Willensäußerung des Einzelnen übermittelt und gesichert werden kann. Die politische Diskussion konzentriert sich vor allem auf die Frage nach der rechtlichen Verankerung und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, Vorsorge- und Betreuungsvollmachten. Von zentraler Bedeutung ist hier die Selbstbestimmung, die sich auf den gesamten Zeitraum eines individuellen Lebens erstreckt und somit auch in der letzten Lebensphase wirksam sein muss.

Zu Beginn des Jahres 2004 hatte der Nationale Ethikrat beschlossen, diese Fragen zum Gegenstand intensiver Beratungen zu machen. Entsprechend dem Auftrag des Gremiums besteht ein wichtiges Ziel darin, die öffentliche Diskussion in Deutschland aufzunehmen und mitzugestalten. Beides bewog den Nationalen Ethikrat, sich im Rahmen zweier größerer öffentlicher Tagungen mit diesem Thema auseinander

zu setzen und die Ergebnisse und Anregungen der Diskussion in eine Stellungnahme einfließen zu lassen.

Im Vordergrund der öffentlichen Tagung „Wie wir sterben“ im März 2004 in Augsburg stand eine Bestandsaufnahme, wie unterschiedlich Menschen die letzte Phase ihres Lebens wahrnehmen, wie sie jeweils sterben beziehungsweise wie sie jeweils sterben wollen. Dabei ging es insbesondere um die Frage, ob die häufig geäußerte Kritik, Sterben werde zunehmend aus unserer Gesellschaft gedrängt und die medizinische Betreuung am Lebensende sei in Deutschland unzureichend, tatsächlich der Realität entspricht. Die eingeladenen Experten aus den Bereichen Medizin, Seelsorge, Pflege in Palliativstationen und Hospizen, Philosophie, Soziologie und Jurisprudenz haben aus ihren unterschiedlichen Perspektiven heraus versucht, die Realität des Sterbens und der Sterbebegleitung in unserem Land nachzuzeichnen. Dabei wurde deutlich, dass heute der Gedanke an Tod und Sterben in unserer Gesellschaft – wenn auch sicher nicht von jedem Einzelnen – so lange wie möglich hinausgezögert wird, dass für das Sterben definierte Räume festgelegt werden und so die Allgegenwärtigkeit des Lebensendes negiert wird. Dennoch zeigt sich, dass aufgrund von Forschung und Erfahrung viel neues Wissen über den letzten Lebensabschnitt vorhanden ist, so dass in Zukunft wohl bewusster und mit sehr viel mehr Kenntnis auch eine Unterstützung der Sterbenden möglich sein kann. Hier gibt es nach Ansicht der Experten eine Reihe von Aufgaben, die nicht nur persönlich, sondern auch politisch angegangen werden müssen. Dass dies für jeden Einzelnen eine wichtige Hilfestellung wäre, war als Ergebnis der Diskussion in Augsburg deutlich vernehmbar.

Im Zentrum der philosophisch-ethischen Diskussion zum Umgang mit dem Lebensende steht die Selbstbestimmung. Sie steht nicht nur an prominenter Stelle in unserer Rechtsordnung, sondern bestimmt auch unser Selbstverständnis in den Handlungsweisen des Alltags. So hat sich die zweite Tagung im November 2004 in Münster unter dem Titel „Selbstbestimmung am Lebensende“ auf die Frage konzentriert, inwiefern den individuellen Vorstellungen und Wünschen über das je eigene Sterben entsprochen werden kann und darf, vor allem dann, wenn ein Schwerstkranker sein Leben beenden will und dazu auf die Hilfe Dritter angewiesen ist.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Diskussion zwischen den Experten aus den verschiedenen Fachgruppen war die Frage, inwieweit Menschen, die ihren Willen nicht mehr artikulieren können, ihr Recht auf Selbstbestimmung dennoch ausüben können, indem sie etwa eine Patientenverfügung verfassen, einen Bevollmächtigten

einsetzen oder einen Betreuer benennen. In Anlehnung an die aktuellen politischen Forderungen nach einer gesetzlichen Veränderung der Rahmenbedingungen für Patientenverfügungen wurde in Münster vor allem kontrovers erörtert, inwieweit zum Beispiel Patientenverfügungen bei einer Demenzerkrankung ein Instrument der Selbstbestimmung sein können. In diesem Zusammenhang ging es auch um die Frage, ob nichtverbale Äußerungen der Zufriedenheit eines Dementen als Widerruf einer Patientenverfügung zu werten seien.

Eine wichtige Zielrichtung der Diskussion bestand darin, dass Selbstbestimmung am Lebensende eng mit Leidensminderung und Würde verbunden ist. Dass die Gewichtung zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz zu unterschiedlichen Sichtweisen führt, hat nicht nur die Diskussion in Münster, sondern zuletzt auch die öffentliche Debatte in den USA zum Tode der amerikanischen Komapatientin Terri Schiavo gezeigt.

Die vorliegenden Texte dokumentieren verschiedene Aspekte der Realität des Sterbens und der Sterbebegleitung sowie Positionen aus der philosophischen, soziologischen, theologischen und juristischen Diskussion. Sie bieten damit die Möglichkeit, sich ein differenziertes Bild zu diesem wichtigen Themenkomplex zu machen, und stellen gleichzeitig die Grundlage für die vom Nationalen Ethikrat auszuarbeitende Stellungnahme dar. Diese soll die öffentliche Diskussion in Deutschland begleiten und dazu beitragen, die Argumente klarer und leichter nachvollziehbar zu machen.

An dieser Stelle sei all jenen herzlich gedankt, die zu dem besonderen Erfolg der Veranstaltungen in Augsburg und Münster beigetragen haben.

„Wie wir sterben“ –
Öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates
AUGSBURG, 31. März 2004

ALOIS GLÜCK
Präsident des Bayerischen Landtags

Grußwort

Viele Jahre sind die Politik und die öffentliche Diskussion vom Pragmatismus des Machbaren und von der linearen Fortschreibung des Bestehenden geprägt worden. Für viele plötzlich und unversehens sind wir wieder in ganz grundlegende Debatten verwickelt. Dafür gibt es vor allem zwei Gründe: Die Finanznot der öffentlichen Haushalte, der Strukturwandel in der Wirtschaft und eine rasch fortschreitende Globalisierung zwingen zu tiefgreifenden Veränderungen. Der unausweichliche Umbau des Sozialstaats ist dafür ein Stichwort. Die Fortschreibung des Bestehenden ist nicht mehr möglich. Für eine Neuordnung braucht man aber Wertmaßstäbe. Der weitere Grund: Der technisch-wissenschaftliche Fortschritt, vor allem die Entwicklung in den Biowissenschaften, führt schärfer und eindringlicher zur Frage nach den Maßstäben für die Gestaltung des Fortschritts.

Ethische Maßstäbe für die Gestaltung des Fortschritts waren freilich zu allen Zeiten wichtig. Die Pragmatiker verweisen dabei gerne darauf, dass sich in der Regel doch immer durchgesetzt hat, was machbar ist. Und doch ist im Grundsatz unbestritten, dass das Machbare nicht der Maßstab sein darf für das, was wir machen, was wir tun. Diese Diskussion ist aber jetzt noch schärfer und wohl auch bedeutsamer als früher, weil die Existenz des Menschen, das Verständnis vom Menschen in den Mittelpunkt gerückt ist. Das Menschenbild ist damit im Zentrum der Debatte, das Ringen um die Sicherung der Menschenwürde. Die sogenannten Lebenswissenschaften ermöglichen vermehrt gewissermaßen den Zugriff des Menschen auf den Menschen. Hilfe und Gefährdung liegen oft nah beieinander. Wir ringen um die Maßstäbe, vor allem am Anfang und gegen das Ende des Lebens.

Die Diskussion um die Stammzellenforschung war und ist dafür ein Beispiel, und die Diskussionen, insbesondere auch Ihre Beratungen im Nationalen Ethikrat, waren nicht fruchtlos. Noch bei kaum einem anderen Thema wurde in der Öffentlichkeit so intensiv und oft auch kontrovers um die Wertorientierung, um die Maßstäbe

gerungen. Hier ging und geht es um die Anfangsphase des Lebens. Die heutige Tagung gilt der Endphase des Lebens.

In Würde sterben können – das ist die Hoffnung von uns allen. Und: Die Angst vor Schmerz und Siechtum ist in uns. Und eine neue Dimension kommt hinzu: Die demographische Entwicklung mit ihren großartigen Möglichkeiten, etwa für einen dritten, weitgehend selbstbestimmten Lebensabschnitt in früher nie für möglich gehaltener Qualität, aber auch mit ihren harten Folgen, beginnt schon jetzt die Debatte über den Umfang medizinischer Leistungen für ältere Menschen zu entfachen. Auch hier geht es im Kern nicht nur um Fragen der Finanzierbarkeit, sondern um den Maßstab unserer Gesellschaft für die Würde des Menschen im Alter und im Prozess des Sterbens. Dazu kommt ein wachsender Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben – auch mit Blick auf das Ende des Lebens. Wir gehen auf einem schmalen Grat.

Die Diskussion um Sterbebegleitung muss noch intensiver und gründlicher geführt werden als die um die Stammzellenforschung. Es geht für jeden um existentiell wichtige Fragen und Sachverhalte. Diese Debatte steht dabei auch in der Spannung zu den wachsenden Finanzierungsproblemen im Gesundheitswesen. Nüchtern, aber auch erschreckt müssen wir feststellen, dass Deutschland in der Palliativmedizin nicht gerade in der Spitzengruppe ist.

Es ist unerträglich, dass viele Menschen unnötig leiden müssen und manche gerade deshalb die Flucht in die „aktive Sterbehilfe“ suchen. Trotz der notwendigen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen müssen wir in diesem Bereich uns weiterentwickeln und zulegen! Gerade beim Abbau von Betten in den Krankenhäusern mit dem Ziel, Kosten zu sparen, müssen gleichzeitig bessere räumliche und personelle Möglichkeiten für Sterbebegleitung geschaffen werden, bessere Möglichkeiten auch für einen würdevollen Abschied vom Verstorbenen. Heute ist dies in den meisten Krankenhäusern noch unmöglich, ein nicht beachtetes Randthema. An solchen Fragen entscheidet sich die Humanität unserer Gesellschaft und unserer Zukunft, nicht daran, ob wir jede Alltagserkrankung und Unpässlichkeit weiter über die Solidargemeinschaft finanzieren.

Im Zuge der Neuorientierung der Gesundheitspolitik müssen wir hier bewusst Akzente zugunsten der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung setzen. Besonders zu würdigen ist die Arbeit der Hospizbewegung, die für mich einen großen humanen Fortschritt darstellt. Mit großer Sorge verfolge ich die Entwicklung der sogenannten aktiven Sterbehilfe. Ich sehe darin die große Gefahr einer nicht mehr kontrollierbaren Entwicklung. Dies erfordert eine intensive und qualitative Diskussion. Ihre Beratungen, meine sehr verehrten Damen und Herren des Nationalen Ethikrates, sind dafür ganz sicher eine wichtige Grundlage. Ich danke Ihnen, dass Sie diese Themen hier in Augsburg aufgreifen. Ich wünsche fruchtbare Beratungen und eine große Breitenwirkung.

PAUL WENGERT
Oberbürgermeister der Stadt Augsburg

Grußwort

„Oft denk ich an den Tod, den herben / Und wie am End' ich's ausmach / Ganz sanft im Schlafe möcht ich sterben / Und tot sein, wenn ich aufwach!", schrieb der Apotheker und Maler Carl Spitzweg Mitte des 19. Jahrhunderts. Bis heute hat sich an dieser Hoffnung auf ein schmerzloses und schnelles Sterben nichts geändert. Wie wir sterben wollen – das glauben die meisten von uns auch zu wissen: medizinisch gut versorgt, zu Hause und von vertrauten Menschen umgeben. Wie viele von uns tatsächlich so sterben – das sieht leider anders aus. Rund 90 Prozent der Menschen – das sind in Deutschland pro Jahr rund 800.000 – sterben nicht zu Hause, sondern in Kliniken oder Heimen, wo es in der Regel die Aufgabe von Ärzten und Pflegepersonal ist, Sterbende zu versorgen und zu begleiten. Sterbende sind nicht mehr – wie dies in früheren Jahrhunderten der Fall war und auch heute noch in anderen Kulturen üblich ist – bis zuletzt eingebettet in das familiäre Umfeld. Herausgelöst aus dem Alltag des Lebens ist das Sterben in unserer westlichen Gesellschaft nicht zuletzt deshalb zu einem angstbesetzten Tabuthema geworden. Obwohl es jeden von uns betrifft, zögern wir Menschen die Beschäftigung mit den konkreten Umständen des Sterbens so lange wie möglich hinaus.

Daher ist eine öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates, einer Expertenkommission aus Medizinern, Pflegenden, Juristen, Theologen und Philosophen, wichtig und richtig, denn dadurch erhält das Thema „Wie wir sterben" eine öffentliche Aufmerksamkeit, die ihm sonst nur selten zuteil wird, und wenn, dann mit wenig zielführenden Schlagzeilen. Dass diese Tagung des Nationalen Ethikrates in Augsburg stattfindet, ist eine Ausnahme; erstmals haben Sie dafür einen Veranstaltungsort außerhalb der Bundeshauptstadt gewählt. Dies empfinde ich als Auszeichnung für unsere Stadt, und das steht sicher in einem Zusammenhang mit der Person und dem Wirkungsort Ihres Vizepräsidenten Prof. Nagel. Vielen Dank dafür.

Früher bestimmten die Religion und die Religiosität das Leben der Menschen und verliehen auch dem Sterben einen Sinn. Mit dem medizinischen Fortschritt des 19. und

vor allem des 20. Jahrhunderts wuchsen mit der Lebenserwartung auch die Ansprüche an die Lebensqualität: Der Arzt wurde zum Hoffnungsträger für ein langes und gesundes Leben, Gesundheit und Leistungsfähigkeit als Lebensideal ersetzten Krankheit als schmerzhafte, dennoch sinnvolle Wegbereitung auf das ewige Leben.

Der medizinische Fortschritt, dessen Segnungen wir sicherlich alle begrüßen und heute selbstverständlich nutzen – immerhin ist die durchschnittliche Lebenserwartung in den letzten vier Jahrzehnten um fast zehn Jahre gestiegen –, hat uns jedoch nicht nur von vielen Krankheitsübeln befreit und unsere Lebenszeit verlängert, er verlangt von uns gleichzeitig neue Entscheidungen: Der grundsätzliche Auftrag der Medizin ist seit jeher auf die Erhaltung des Lebens ausgerichtet. Unser Dilemma ist jedoch, dass wir heute die technischen Möglichkeiten besitzen, das Leben künstlich in einem Zustand zu erhalten, der die Frage nach der Würde des Menschen aufwirft. Die medizintechnischen Möglichkeiten zwingen uns, über den Einsatz der Apparate zur Lebensverlängerung zu entscheiden. Dieser Zwang zur Entscheidung birgt aber die große Gefahr, dass das Leben damit Bewertungskriterien unterworfen wird. Denn wer entscheidet dann, was das Leben eines Todkranken wert ist? Er selbst? Ein Arzt? Die Angehörigen? Und welche Kriterien sollen dieser Entscheidung zugrunde liegen?

Das Konzept der Würde scheint mir in diesem Zusammenhang das tragfähigste zu sein. „Die Würde des Menschen ist grundsätzlich unantastbar", lautet Artikel 1 des Grundgesetzes. Nichts und niemand kann einem Menschen seine Würde nehmen, und zwar in keiner Lebensphase. Der Grundgesetzartikel bedeutet nicht, dass man die Würde des Menschen nicht antasten soll oder darf, sondern dass man dieses gar nicht kann. Aus dieser immer vorhandenen Würde ergibt sich der Schutz, der Respekt vor allem menschlichen Leben, dem unsere Rechtsordnung, aber auch unser Gesundheitssystem Rechnung tragen müssen.

Nur wenn wir Leiden und Sterben nicht aus unserem Leben verdrängen, sondern in unser Leben zurückholen, werden wir die Urteilskraft entwickeln können, die wir so dringend benötigen, um die Grenzsituationen unseres Lebens bestehen zu können. Der Ausbau der Palliativmedizin und die Unterstützung durch die Hospizbewegung sind entscheidende und wichtige Schritte hin zu diesem Ziel, denn gerade die Hospizeinrichtungen mit ihren haupt- und ehrenamtlichen Helfern leisten seit langem einen überaus wichtigen Beitrag dazu, unseren Kranken und Sterbenden die letzte Zeit ihres Lebens erträglich und menschlich zu gestalten. Ihnen gilt von dieser Stelle aus mein ausdrücklicher Dank für ihren unermüdlichen Einsatz.

Unser Menschenbild verpflichtet uns gar nicht so sehr auf Normen, Gesetze und Verbote. Es mahnt uns vielmehr, die Unantastbarkeit der Würde eines jeden Menschen zu achten und zu wahren. Wie kein anderes Bild vom Menschen bietet es einen Schutz vor der Verfügbarkeit durch Dritte oder durch ökonomische Interessen.

Ich danke den Referenten und Organisatoren dieser öffentlichen Tagung, dass sie mit ihrer hohen Kompetenz dazu beitragen, uns Wege aufzuzeigen, wie wir angesichts unserer technischen Möglichkeiten menschenwürdiges Sterbenlassen in der Praxis neu erlernen können.

UDO SCHLAUDRAFF
Pastor i. R. – Göttingen

„Wie wir sterben“ – Hoffnungen und Ängste

Die Bundesärztekammer hat im April 1997 einen „Entwurf der Richtlinie […] zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen zumutbarer Behandlung“ vorgelegt. Darin kommt das Wort „Ängste“ einmal vor: „Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand und die vorgesehenen Maßnahmen muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und Ängste vermeiden.“ Daran ist richtig, dass man niemandem Angst machen soll. Was aber ist, wenn jemand Angst hat?

Die Überarbeitung des Entwurfs führte dazu, dass es in den „Grundsätzen […] zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vom September 1998 nunmehr heißt: „Die Unterrichtung des Sterbenden muss wahrheitsgemäß sein, sie soll sich aber an der Situation des Sterbenden orientieren und vorhandenen Ängsten Rechnung tragen.“

Das Problem des Umgangs mit Angst ist hier nicht auf die Angstvermeidung reduziert. In dem Entwurf zur Fortschreibung der „Grundsätze“, der zurzeit diskutiert wird, ist der Wortlaut erneut geändert worden. Jetzt ist davon die Rede, dass vorhandene Ängste berücksichtigt werden sollen. Ich weiß nicht, wie Ihr Sprachgefühl auf diese Änderung reagiert. Ich empfinde die Rede von „berücksichtigen“ als eine Abmilderung. Wie dem auch sei: Der Vorgang signalisiert Unsicherheit.

Wie denn auch nicht! Der Kontakt mit Menschen, die in Todesnähe leben, erinnert an die eigene Sterblichkeit, und wer – wie viele Zeitgenossen heute – sterbende Menschen nur aus dem Fernsehen kennt und vielleicht erst mit 30 oder 40 Jahren zum ersten Mal direkt mit einem Sterbenden zu tun hat, der empfindet Beklemmung und Hilflosigkeit. Da ist die Angst, einen Menschen zu verlieren, und natürlich die Hoffnung, das möge nicht geschehen. Darum gibt es Verleugnung oder Aufbegehren, Nicht-wahr-haben-Wollen genauso wie den selbst auferlegten Zwang, Haltung zu

bewahren und sich keine Schwächen anmerken zu lassen. Man ist unsicher, wann es darauf ankommt, jemanden gehen zu lassen. Man fürchtet den Vorwurf, jemanden zu früh aufgegeben zu haben. Insbesondere Ärzte fürchten ihn, verständlicherweise. Dann liegt die Flucht in allerlei Aktivitäten nahe, und nichts fällt so schwer wie das geduldige Abwarten.

Aber auch auf Seiten des Menschen, dessen Tod sich abzeichnet, gibt es viel Hin-und-her-gerissen-Sein. Einerseits weiß es in ihm, dass seine Zeit gekommen ist. Andererseits weiß er es noch nicht so, dass er darüber reden könnte, wie man sonst über Dinge spricht. Der Tod ist ein *ne-fandum*, etwas Un-sägliches.

Der sterbende Mensch braucht Gesprächspartner, mindestens einen, der ihm hilft, mit der Ambivalenz von Todesangst und Todessehnsucht fertig zu werden, die beide in ihm sind. Die Lust zu leben und die Last, so leben zu müssen, wie es jetzt nun einmal nicht anders sein kann, kämpfen miteinander. Sehr selten ist nur das eine oder das andere da. Den friedvollen Tod gibt es im Normalfall nicht ohne Abschiedsschmerzen, wofür völlig zu Recht immer wieder das Bild von den Geburtswehen als Analogie gebraucht wird.

Wenn nun die Unsicherheit der einen auf die Ambivalenz der anderen trifft, geschieht meistens viel Unheil. Menschen wollen einander schonen und verletzen sich gegenseitig umso mehr. Sie mögen nicht sagen, wie ihnen zumute ist, und verlieren sich in Belanglosigkeiten, obwohl sie sich eigentlich etwas ganz anderes zu sagen hätten. Sie fürchten die Endgültigkeit letzter Sätze und verpassen die Chance, sich gerade in der Nähe des Todes noch einmal neu und in aller Wahrheit zu begegnen. Und von der Kraft gemeinsamen Schweigens wissen viele Menschen auch nichts. Das alles müsste nicht so sein.

Es gibt etwas Lehr- und Lernbares am Sterben. Von Menschen, die beruflich mit Sterbenden zu tun haben, muss man verlangen, dass sie das vorhandene Wissen um die üblichen Sterbephasen und -verläufe erwerben und professionell kommunizieren können.

Allerdings sind wir weit entfernt davon, dass das, was am Umgang mit den Sterbenden für den Umgang mit ihnen zu lernen ist, schon zur Gepflogenheit geworden wäre. Trotz der Arbeiten von zum Beispiel Elisabeth Kübler-Ross, Daniel Callahan und

anderen,[1] trotz Seelsorgeliteratur,[2] trotz Hospizbewegung und zunehmender Beachtung der Palliativmedizin ist die Kultur des Umgangs mit den Sterbenden weithin und weiterhin eine Unkultur. Schlechte Beispiele haben gute Sitten verdorben. Ich zitiere ein Beispiel aus der Literatur, das mir exemplarisch erscheint. Es handelt sich um einen Bericht über das Sterben der eigenen Mutter:

„Der Dienstag verlief gut. [Aber] nachts hatte Mama wieder Albträume: ‚Ich werde in einen Kasten gelegt', sagte sie zu meiner Schwester. ‚Ich bin da, aber im Kasten. Ich bin ich und doch nicht mehr ich. Männer tragen den Kasten weg!' Sie sträubte sich: ‚Lass sie mich nicht wegtragen!' Lange ließ Poupette [meine Schwester] ihre Hand auf Mamas Stirn liegen. ‚Ich verspreche dir, dass sie dich nicht in den Kasten legen werden.' Sie verlangte eine weitere Dosis Equanil. Als Mama endlich von ihren Visionen erlöst war, fragte sie Poupette: ‚Was bedeutet das eigentlich, dieser Kasten und diese Männer?' – ‚Das sind Erinnerungen an deine Operation: Krankenpfleger tragen dich auf einer Bahre weg.' Mama schlief ein. Doch am nächsten Morgen lag in ihren Augen die ganze Traurigkeit wehrloser Tiere."[3]

Das immerhin bemerkt die Autorin. Und sie bemerkt noch mehr. Als am Tag danach ein Besucher sich mit den Worten verabschiedet, er hoffe, die Patientin demnächst bei einem bestimmten gesellschaftlichen Anlass wieder zu sehen, antwortet diese: „*‚Du glaubst also, ich komme wieder hin?'*" In dem Bericht der Tochter heißt es dazu: *„Sie sah ihn ungläubig und bekümmert an. […] Niemals hatte ich an ihr eine so unglückliche Miene gesehen: An dem Tage ahnte sie, dass sie verloren war."*[4]

Oh nein! Die Mutter weiß es längst, aber da ist niemand, der in der Lage wäre, dieses Wissen auszuhalten und taktvoll mit ihr zu teilen. Die Kranke versucht es deswegen noch einmal. Als beide Schwestern, die die Mutter bisher abwechselnd besucht haben, zusammen bei ihr sind, sagt sie: „*‚Mir geht es also schlechter, deshalb seid ihr beide da.' – ‚Wir sind doch immer da.' – ‚Aber nicht beide gleichzeitig.'*" Die Reaktion der den Bericht schreibenden Tochter: „*‚Ich bleibe, weil du verzagt bist. Wenn es dich aber nur beunruhigt, dann gehe ich.' – ‚Nein, nein', erwiderte sie darauf betreten.*"

1 D. Callahan 1993, The Troubled Dream of Life, Living with Mortality, New York; M. Callanan/P. Kelley 1993, Mit Würde aus dem Leben gehen. Ein Ratgeber für die Begleitung Sterbender, München.
2 E. Weiher 1999, Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens, Mainz; M. Klessmann (Hrsg.) 2001, Handbuch der Krankenhausseelsorge, 2. Auflage, Göttingen.
3 S. de Beauvoir 1968, Ein sanfter Tod, Reinbek, S. 72.
4 S. de Beauvoir, ebenda, S. 73.

Die arme Sterbende! Zwei Töchter, die ihr Beistand leisten wollen und es nicht können. Beharrlich überhören sie jedes Signal. Die todkranke Frau wird gezwungen, nur ja nicht verzagt zu sein. Erst in der nachträglichen Reflexion, beim Schreiben, wird der Autorin bewusst:

„Wenn […] es ihr gut getan hätte, sich durch Worte Luft zu machen, verurteilten wir sie zum Schweigen, zwangen sie, ihre Ängste zu unterdrücken und ihre Zweifel zu verdrängen. […] Doch wir hatten keine andere Wahl: Hoffnung war das, was sie am dringendsten brauchte.“[5]

In der Tat, Hoffnung wäre „eine prima Alternative“[6] gewesen; aber Hoffnung, die man selbst nicht hat, kann man niemandem machen.

Ich finde diesen Bericht vom Sterben der eigenen Mutter beklemmend. Zunächst, weil das Sterben nach wie vor auch bei uns tagtäglich so oder so ähnlich passiert, obwohl das Buch, aus dem ich zitiert habe, bereits 40 Jahre alt ist. Geschrieben 1964 von Simone de Beauvoir, der großen Vorkämpferin des französischen Feminismus, Lebenspartnerin von Jean-Paul Sartre. Aber mit völliger Bestürzung lese ich, warum Simone de Beauvoir ihrem Buch den Titel gegeben hat „Ein sanfter Tod“ (*Une mort très douce*). Sie schreibt:

„Mama gegenüber hatten wir uns in den letzten Jahren vor allem Vernachlässigungen, Unterlassungen und Achtlosigkeiten zuschulden kommen lassen. Durch die ihr gewidmeten Tage, durch den Frieden, den unsere Anwesenheit ihr gab, und durch die Siege über Furcht und Schmerz hatten wir, so schien es uns, all das wieder gutgemacht. Ohne unsere beharrliche Wachsamkeit hätte sie viel mehr leiden müssen. Denn vergleichsweise war ihr Tod wirklich sanft. Sie hat einen sanften Tod gehabt, den Tod einer Privilegierten.“[7]

Das erscheint mir nun als Selbstrechtfertigung pur, als *appeasement* gegenüber dem schlechten Gewissen, nicht aber als „seinen Frieden machen“ mit dem Tod. Das Wenige, was die Töchter für ihre sterbende Mutter getan haben, wird hochstilisiert zum „Sieg über Furcht und Schmerz“, und diese Form der Selbstberuhigung hindert sie daran, wirklich wahrzunehmen, was sie an ihrer Mutter versäumt haben. Bei allem Respekt vor den Stärken des Buches: Die Autorin sieht das Quälende nicht, das

5 Simone de Beauvoir, ebenda.
6 Vgl. M. Wander 1980, Leben wär' eine prima Alternative, Darmstadt/Neuwied.
7 S. de Beauvoir 1968, Ein sanfter Tod, Reinbek, S. 104 f.

ihr Verhalten der Mutter zugefügt hat. Auch darin ist das Buch von Simone de Beauvoir leider exemplarisch.

Nicht nur in Einzelfällen, auf der Ebene individueller Beziehungen, misslingt der Umgang mit Sterbenden. Auch auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene misslingt er, weil wir uns fälschlich damit beruhigen, dass wir für die Bekämpfung des Todes durch die Medizin doch so viel tun, nämlich indem wir Geld aufbringen für die Forschung, für den wissenschaftlichen Fortschritt und für die Perfektionierung des Rettungswesens. Horst-Eberhard Richter[8] hat der westlichen Kultur bescheinigt, dass ihr Umgang mit dem Tod einem Angsttabu gleichkomme, das dem Verhalten von Kindern entspreche, die glauben, sie würden beim Verstecken nicht gesehen, wenn sie sich die Augen zuhielten.

Jedenfalls hören wir – als Gesellschaft – nicht gut auf die Botschaft der Sterbenden, die sie beharrlich und immer wieder an uns richten. Ihre Botschaft lautet: „Ihr müsst lernen, rechtzeitig aufzuhören; aber das heißt nicht, ihr sollt uns fallen lassen. Es ist noch viel zu tun, wenn nichts mehr zu machen ist.“ Ein von der Ärztekammer Niedersachsen herausgegebenes Buch über die Erfahrungen einer Seelsorgerin in einem palliativmedizinischen Modellprojekt hat denn auch den Titel „Laßt mich …, aber laßt mich nicht allein“.[9]

Freilich sprechen die Sterbenden nicht in der Sprache diskursiver Argumentation. Sie senden ihre Botschaft meist verschlüsselt in Symbolen, die gehört werden wollen. Unsere Gesellschaft aber stellt sich taub. Sie kauft sich frei von dem, was Sterbende brauchen, mit Überaktivität, Übermedikation und folglich mit Fehlversorgung. Die Frage nach den Zielen der Medizin[10] und in diesem Zusammenhang nach dem Aufbau einer verlässlichen Versorgungsstruktur für alle, die Palliativmedizin brauchen und sie wollen, ist als eine Frage der Ethik von Verteilungsgerechtigkeit noch nicht wirklich bearbeitet worden.

Und was im Sozialrecht „Bereitstellungsverantwortung“ heißt, ist für die palliative Versorgung ungeklärt. In dieser Sache höre ich viel zu viele Stimmen, denen man anmerkt, dass sie reden wie die Blinden von der Farbe. Das macht mir Angst.

8 H.-E. Richter 1992, Umgang mit Angst, Hamburg.
9 Ärztekammer Niedersachsen (Hrsg.) 2003, Laßt mich …, aber laßt mich nicht allein. Seelsorge in einem palliativmedizinischen Modellprojekt, Hannover.
10 Vgl. G. Allert (Hrsg.) 2002, Ziele der Medizin, Stuttgart.

Mich beunruhigt dieser Mangel an *emotional intelligence* beim Umgang mit Sterbenden, denn an dieser Stelle sind wir nicht „behind the veil of ignorance“ (John Rawls),[11] hinter einem prinzipiellen Schleier des Nicht-wissen-Könnens, sondern hinter dem faktischen des Nicht-Wissens und Nicht-wissen-Wollens. Es ist nicht fair, dass die auf ihren absehbaren Tod zugehenden Menschen mit unnötigen Schmerzen und schlechter Versorgung die Zeche dafür bezahlen müssen, dass es Überversorgung in anderen Bereichen des Gesundheitswesens gibt. Mich bedrückt die Angstvorstellung, dass unsere Gesellschaft, weil sie den Tod nicht zulassen kann, ihn eines Tages wird zuteilen müssen.

Aber ich habe auch Hoffnung. Hoffnung darauf, dass viele gute Erfahrungen im Umfeld von Hospizarbeit und palliativer Versorgung sich mehr und mehr summieren zu einer neuen Qualität des Nachdenkens über unseren Umgang mit den Sterbenden. Gerade ist – wieder aus Frankreich – ein Buch zu uns herübergekommen, das Mut macht und das ebenfalls etwas Exemplarisches an sich hat. Ich spreche von Éric-Emmanuel Schmitts 2003 erschienenem Buch *Oskar und die Dame in Rosa* (bei uns müsste es heißen *Oskar und die Grüne Dame*, aber in Frankreich tragen die „Grünen Damen“ nun mal rosa Kittel). Das Buch ist voll von Sätzen, die Praxisnähe und eine hohe Sensibilität für das erkennen lassen, was Oskar, dem elfjährigen Leukämiepatienten, gut tut, als klar wird: Die Knochenmarktransplantation erbringt nicht mehr, was man sich von ihr erhofft hat. Der Autor berichtet von einem klug begleiteten Sterben bis hin zu einem friedvollen Tod. Zum Schluss schreibt Oskar ein Schildchen und stellt es auf den Nachttisch. Darauf steht: „Nur der liebe Gott darf mich wecken.“ Was für ein Hoffnungsbild: von Gott geweckt zu werden! Ein Abschied in Frieden, der alle tröstet, die seinetwegen traurig sind. Ein Tod, der den Zurückbleibenden Lebenskraft gibt.

Die Klinikseelsorge kann bezeugen, dass es dies immer wieder gibt. Aber sie muss zugleich beklagen, dass im Klinikalltag vieles, was im Vorfeld zu einem friedvollen Tod gehört, leider immer wieder nicht zugelassen und damit nicht nur gestört, sondern auch zerstört wird.

---

11 J. Rawls 1971, A Theory of Justice, Cambridge/Mass.

CHRISTOPH HORN
*Professor für Praktische Philosophie und Philosophie der Antike –
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn*

Das Sterben als Teil eines gelingenden Lebens

Lassen Sie mich mit einer Vorbemerkung zu jener Perspektive beginnen, die ich im Folgenden einnehmen werde. Es handelt sich zunächst nicht um den Blickwinkel der moralischen Beurteilung bestimmter Arten des Sterbens und des von Menschen beeinflussten Todes, sondern um den Blickwinkel der gelingenden Lebensführung. Ich beginne also mit der Leitfrage: Was heißt es, ein gutes, gelingendes, blühendes, wunschgemäßes, erfolgreiches oder wertvolles Leben zu führen? Am Ende ergibt sich aber eine gewisse Konvergenz zur moralischen Betrachtungsweise. Zuvor muss ich aber ein Bedenken anführen: Viele werden einwenden, man könne die von mir gestellte Frage doppelt verstehen – zum einen im Sinn von „gut, gelingend, blühend etc. für mich", zum anderen im Sinn von „gut, gelingend, blühend etc. an sich". Entsprechend seien auch subjektive beziehungsweise objektive Betrachtungsweisen des gelingenden Sterbens zu unterscheiden. Ich glaube nicht, dass in Fragen des gelingenden Lebens der Subjektivismus sehr weit führt (was ich hier nicht ausführlich begründen kann). Dass radikal subjektive Überzeugungen gelingenden Sterbens aber zu relativieren sind, wird ein Ergebnis der folgenden Ausführungen sein.

Erste Überlegungen: Der Tod und seine Bedeutung für ein gelingendes Leben

Aus der Perspektive der Frage nach dem gelingenden Leben erscheint der Tod als ein Übel, vielleicht sogar als das größte aller Übel. In der Regel wünscht sich niemand seinen eigenen Tod; niemand entscheidet sich ohne Not für das Sterben. Als ein Übel gilt der eigene Tod hauptsächlich aus drei Gründen:

1. Er beendet unsere Möglichkeit, von Gütern zu profitieren.
2. Er beendet unsere personale Identität.
3. Er ist mysteriös und unbegreiflich. (Wie kann ich in einen Zustand übergehen, in dem es sich nicht mehr so und so anfühlt, ich zu sein?)

Folglich erscheint es im Normalfall jedem Menschen wünschenswert, seinem Leben immer noch eine gewisse Zeitspanne hinzuzufügen. Man kann dies als Beweis für unseren Unsterblichkeitswunsch betrachten, denn wenn jeder in allen Fällen lieber mehr als weniger Lebenszeit haben will, wünscht sich jeder ein endloses Leben (vgl. Nagel 1973). Wie kann der Tod dann überhaupt Teil eines gelingenden Lebens sein? Gibt es Aspekte, die uns den Tod nicht ausschließlich als ein Übel bewerten lassen?

Tatsächlich scheint ein endloses Leben keine attraktive Vorstellung zu bilden; denn ein endloses Leben wäre ja (zumindest auf längere Sicht) aller Ziele, Aufgaben, Zwecke, Herausforderungen und Bedeutungen beraubt (*taedium-immortalitatis*-Problem: vgl. Williams 1973). Gleichgültig ob Williams hiermit Recht hat (oder ob seine Analyse nur dann zutrifft, wenn man sich eine postmortale Existenz als Verlängerung unserer jetzigen Lebensform vorstellt, während Erfahrungen oder Beschäftigungen unter Ewigkeitsbedingungen denkbar wären, deren Wert sich nicht aus einer begrenzten Lebensspanne ergäbe): In jedem Fall scheint Sterben eine Bedingung für das Gelingen unseres Lebens zu sein: Unter den uns bekannten Voraussetzungen kann ein gelingendes Leben nur ein endlich-begrenztes sein.

Umgekehrt stellt unser Tod nicht nur ein generelles Gut dar, nämlich als konstitutive Bedingung aller unserer Lebenspläne; wir sehen vielmehr einen guten Tod selbst als wichtigen Teil unseres gelingenden Lebens an. Ein menschliches Leben, das verfrüht oder abrupt oder gewaltsam oder sinnlos-kontingent oder unter grausamen Umständen endete, wäre in unseren Augen allenfalls als bedingt wünschenswert zu bezeichnen. Demgegenüber erscheint uns der Tod als Abschluss eines langen, erfüllten, erfolgreichen, erfahrungsgesättigten Lebens kaum noch als ein Übel. Sein Übelcharakter nimmt mit fortschreitendem Lebensalter immer weiter ab, bis der Tod von einem bestimmten Zeitpunkt an sogar als Gut und das weitere Überleben als Übel bewertet wird. Dasselbe kann für Situationen unheilbarer Krankheit oder extremer Schmerzen gelten: Auch hier mag uns der Tod vielfach als Gut erscheinen.

Typische Antworten auf die Frage nach einem guten Sterben

Befragt man unseren Vorrat an Alltagsüberzeugungen (und überdies die Philosophie- und Kulturgeschichte) darauf hin, was es heißt, einen guten Tod zu sterben, so ergibt sich zunächst wohl nur ein einziger Konsenspunkt: Sterben/Tod lässt sich nicht bloß als biologisch-naturale Kategorie ansehen, wie dies zum Beispiel durch

Epikurs berühmtes Diktum von der Gleichgültigkeit des Todes nahe gelegt wird,[12] sondern muss zudem in biographisch-personalen Begriffen gedacht werden. Sowohl auf den eigenen Sterbeprozess als auch auf Aspekte der eigenen Trauerfeier, des Grabplatzes, des Totengedenkens, der Totenruhe, der Achtung in der Nachwelt etc. beziehen sich massive Interessen jedes Menschen. Man kann sich fragen, ob alle diese Interessen im moralischen Sinn anspruchsbegründend sind oder nicht. Fraglos ist jedoch, dass dies für den Sterbeprozess gilt. Doch bei ihm ergibt sich die besondere Schwierigkeit, dass unsere Intuitionen stark differieren; wir gelangen zu weit auseinander liegenden Präferenzen. Man kann sich dies leicht daran verdeutlichen, dass man versuchsweise die beiden Fragen beantwortet:

i) Welche Art von Tod würde ich mir wünschen?
ii) Von welcher Todesart kann ich mir vorstellen, dass die Person P mit der Lebenseinstellung L sie für wünschenswert hält?

Offenkundig können bei ii) signifikant andere Antworten herauskommen als bei i). In vormodernen Kulturkontexten oder traditionellen Weltbildern spielen besonders folgende Vorstellungen vom erwünschten Sterben eine Rolle:

1. der Wunsch, als geachtetes Mitglied einer sozialen Gemeinschaft zu sterben
2. der Wunsch, mit dem eigenen Tod ein objektives Gut zu fördern (zum Beispiel Heldentod)
3. der Wunsch, in einem bestmöglichen Charakterzustand (gelassen, heiter, souverän, moralisch integer) zu sterben
4. der Wunsch, nach der Erfüllung aller irdischen Pflichten oder nach einem gottgefälligen Leben zu sterben

Gegenwartstypisch scheinen mir hingegen die Auffassungen a) bis c) zu sein:

a) Wunsch nach einem sanften Sterben (Schmerzlosigkeit des Todes):
Vielen erscheint es als zentral, dass ein guter Tod leicht, schnell, unbewusst und schmerzfrei (vergleichbar einem sanften Einschlafen) sein soll. Wer diese Position vertritt, tendiert dazu, ein „Menschenrecht auf einen sanften Tod“ anzunehmen und insbesondere auf palliativmedizinische Sterbebegleitung oder -hilfe zu drängen

12 „Der Tod ist nichts, was uns betrifft. Denn das Aufgelöste ist empfindungslos. Das Empfindungslose aber ist nichts, was uns betrifft.“

(Schmerzbekämpfung und Leidenslinderung, auch um den Preis der Lebensverkürzung).

b) Wunsch nach einem autonomen oder authentischen Sterben (Tod als Teil meines Lebens):
Andere rücken umgekehrt Aspekte der bewussten Wahl, der Authentizität oder Autonomie (besonders bezüglich Todeszeitpunkt und Todesart) ins Zentrum. Von diesem Standpunkt aus gesehen könnte man ein „Menschenrecht auf einen selbstgewählten Tod“ postulieren. Entscheidend scheint dabei der Gedanke zu sein: „Ich will als der Mensch sterben, als der ich gelebt habe – und nicht dahinvegetieren oder mich zum Objekt eines unpersönlichen Medizinbetriebs degradieren lassen.“ Aus diesem Blickwinkel betrachtet scheint es angemessen, aktive und passive Euthanasie gutzuheißen (wenn der Sterbende dies wünscht), zumindest aber das Recht auf einen assistierten Suizid einzuräumen.

c) Wunsch nach einem unverkürzten, nichtbeeinflussten Sterben (Unverfügbarkeit des Todes):
Wieder andere fordern die moralische Unverfügbarkeit von Todeszeitpunkt und Todesart mit Blick auf den eigenen und den fremden Tod und betonen daher den Aspekt des Lebensschutzes. Ein guter Tod ist so betrachtet ein nichtwillkürlicher, interventionsfreier, nichtartifizieller Tod. Lebensverkürzende Maßnahmen sind so gesehen abzulehnen, weil sie einen möglichen Dammbruch implizieren. Denn sie blieben kaum auf die Fälle a) und b) beschränkt, sondern könnten eine problematische Euthanasiekultur zur Folge haben.

Bedenken gegen die drei Positionen zum guten Sterben

Einwand gegen a): Eine fest etablierte Praxis der schmerzlindernden und lebensverkürzenden Sterbehilfe droht zu einem offenen oder zumindest subtilen Sozialdruck auf Ältere oder Schwerkranke zu führen (Organspendendruck, Soziallastendruck, Druck seitens belasteter Familienmitglieder). Hinzu kommt, dass auch schmerzvolle Lebensphasen nicht in jedem Fall zu vermeiden sein müssen; für die Sterbenden wie ihre soziale Umgebung macht (wenigstens in einer nennenswerten Zahl von Fällen) die Vorstellung von einer unverkürzt und bewusst vollzogenen Sterbephase einen Sinn.

Einwand gegen b): Eine Freistellung der Wahl von Todeszeitpunkt und Todesart ist denselben Bedenken ausgesetzt wie a). Zudem wirkt die Vorstellung von einem „authentischen Willen“ des Subjekts philosophisch gesehen obskur, insbesondere in der Frage nach dem Lebensende. Ist mein „authentischer Wille“ das, was ich jetzt (zum Beispiel auf der Höhe meiner Persönlichkeitsentwicklung) artikuliertermaßen will, oder das, was ich nach langem Nachdenken (zum Beispiel am Lebensende oder bei fremder Beratung) als meinen wahren Willen erkennen würde? Wo also ist der wahre Wille zu lokalisieren, woran festzumachen, wie vom vorläufigen zu unterscheiden? Was geschieht bei einer radikalen Änderung der Präferenzrichtung? Ist dann der alte oder der neue Wille der wahre „wahre Wille“? Ist Authentizität zeitrelativ oder zeittranszendent? Und ist ein Sterbender noch ein handelndes Subjekt? Lässt sich das nahende Lebensende beziehungsweise die Sterbesituation so vorhersehen und planen, dass Authentizität eine sinnvolle Kategorie bildet? Gibt es in der Frage nach dem Sterben nicht auch einen legitimen Paternalismus?

Weitere Einwände gegen einen puren Präferentialismus sind folgende: Die Vorstellung, allein jemandes Interessen, Neigungen und Wünsche seien glückskonstitutiv, scheint bei näherem Hinsehen nicht recht plausibel zu sein. Denn dazu müsste sich zeigen lassen, dass Güter insgesamt oder doch in nennenswertem Umfang durch jemandes Wünsche, Neigungen, Präferenzen, Überzeugungen konstituiert werden. Doch könnte sich mein heftiger Wunsch auf ein vielversprechend aussehendes Pilzgericht richten, ohne dass das Gericht ein Gut für mich sein muss – sofern nämlich bei dessen Zubereitung giftige Pilze verwendet worden sind. Es scheint daher sinnvoll, zumindest nur wohl informierte, überlegte oder rationale Wünsche zu berücksichtigen und Irrtümer, Fehleinschätzungen, überspannte und pathologische Wünsche, unüberlegte Überzeugungen und unausgereifte Motive oder Selbstmissverständnisse auszuschließen.

Einwand gegen c): Ein unverkürzter Sterbeprozess scheint unseren fundamentalen Interessen, schreckliche und sinnlose Schmerzen zu vermeiden, ebenso wenig Rechnung zu tragen wie unserem Bedürfnis, im Tod unser bewusstes, selbstgewähltes und selbstverantwortetes Leben zu einem autonomen Abschluss zu bringen.

Auf der Suche nach einer geeigneten Problemlösung

Lässt sich das relative Wahrheitsmoment jeder der drei Positionen a) bis c) aufgreifen, indem man sie miteinander verbindet? Kann man hinter den stark divergierenden Antworten a) bis c) ein grundlegendes und allgemein akzeptables Prinzip für gelingendes Sterben identifizieren? Für ein Sterben in Würde scheint es aus der Perspektive des gelingenden Lebens (aber auch moralphilosophisch!) grundlegend, dass sich der Sterbende sicher sein kann, dass kein Erwartungsdruck auf ihm lastet. In dieselbe Richtung weist die Forderung, dass die Figur des Arztes völlig nichtambivalent auf der Seite des Lebensschutzes verankert bleiben muss; der Arzt darf

keinesfalls zum Henker werden. Daraus ergibt sich das Prinzip, dass man sich im Zweifelsfall für Interventionsfreiheit entscheiden sollte. Andererseits kann man zumindest dem Anliegen der Leidensbekämpfung und Schmerzlinderung in der letzten Lebensphase so weit entgegenkommen, wie man die palliativmedizinische Vorgehensweise mit den Prinzipien der *duplex-effectus*-Lehre (unter anderem Thomas von Aquin) in Übereinstimmung bringen kann: Eine Handlung mit einer guten Wirkung (Schmerzlinderung) ist auch bei einer zweiten, schlechten Wirkung (Lebensverkürzung) moralisch akzeptabel, wenn die gute, nicht aber die schlechte Wirkung intendiert ist, ferner wenn der Gütecharakter der guten Wirkung das Übel der schlechten Wirkung überwiegt und schließlich wenn die schlechte Wirkung nicht Mittel zur Erreichung der guten Wirkung ist. Diese Bedingungen scheinen sich vielfach erfüllen zu lassen.

Literaturhinweise befinden sich am Ende des Bandes.

ANDREAS KRUSE
Professor für Gerontologie – Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Das Verhältnis Sterbender zu ihrer eigenen Endlichkeit

Der „Alte Gitarrist", ein Spätwerk von Pablo Picasso, verkörpert in besonderer Weise das Wesen des Alterns. Einerseits deutet dieses Werk auf den körperlichen Alternsprozess hin, der mit zunehmender Verletzlichkeit des Menschen, das heißt mit erhöhter Anfälligkeit für Erkrankungen, verbunden ist. Andererseits veranschaulicht es die Möglichkeit psychisch-geistiger Entwicklung bis in das höchste Alter. Die psychisch-geistige Entwicklung spiegelt sich in der hohen Konzentration und Sensibilität des Gitarristen wider.



Abbildung 1

In unseren Untersuchungen zur psychischen Verarbeitung chronischer Erkrankungen im Alter sowie zur Einstellung älterer sterbender Menschen zu ihrer eigenen Endlichkeit ließen sich (neben spezifischen Krankheitssymptomen) vier Merkmale bestimmen, die in zentraler Weise Erleben und Verhalten chronisch erkrankter und sterbender

Menschen beeinflussen: Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, Mitverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit. Diese Merkmale verstehe ich auch als zentrale Kategorien für ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit. Selbstständigkeit beschreibt die Fähigkeit des Menschen, einzelne Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend unabhängig von Hilfe auszuführen. Selbstverantwortung beschreibt zum einen die reflektierte Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, vor allem mit seinen Werten, Zielen und Bedürfnissen, sowie dessen Motivation, den Alltag in einer diesen Werten, Zielen und Bedürfnissen folgenden Art und Weise zu gestalten. Mitverantwortung beschreibt die Bereitschaft des Menschen, sich mit Anliegen und Themen anderer Menschen zu beschäftigen und sich für diese zu engagieren. Bewusst angenommene Abhängigkeit meint schließlich die Fähigkeit und Bereitschaft, notwendige therapeutische, pflegerische, psychologische, spirituelle und soziale Hilfe ausdrücklich anzunehmen. In der Literatur zum Erleben und Verhalten chronisch erkrankter und sterbender Menschen dominieren vor allem die beiden erstgenannten Kategorien, also jene der Selbstständigkeit und jene der Selbstverantwortung. Nur selten wird hingegen auf die beiden zuletzt genannten Kategorien, also auf jene der Mitverantwortung und jene der bewusst angenommenen Abhängigkeit, Bezug genommen.



Abbildung 2

Die von Dame Cecily Saunders getroffene, der Hospizhilfe zugrunde liegende Aussage „Wir werden alles tun, nicht nur damit du in Frieden sterben kannst, sondern damit du leben kannst, bis du stirbst“ fasst die vier differenzierten Kategorien in gelungener Weise zusammen: „Leben“ heißt, ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung auch im Prozess des Sterbens verwirklichen zu können, und es heißt zugleich, in Beziehung zu anderen Menschen zu stehen – wobei Beziehung beide Aspekte, sowohl die gegebene Hilfe (Mitverantwortung) als auch die empfangene Hilfe (bewusst angenommene Abhängigkeit), umfasst. Die lateinische Sprache akzentuiert in besonderer Weise die Bedeutung der Beziehung für das schöpferische Leben: „Leben“ heißt im Lateinischen „unter Menschen sein“ (*inter homines esse*), „sterben“ heißt im Lateinischen „aufhören, unter Menschen zu sein“ (*desinere inter homines esse*).

Formen des psychischen Umgangs mit einer zum Tode führenden Erkrankung

1. Akzeptieren der Krankheit
(Selbstständigkeit)
2. Resignation
(Mangelnde Selbstständigkeit, Dysfunktionale Abhängigkeit)
3. Suche nach neuem Sinn
(Selbstverantwortung, Mitverantwortung, Funktionale Abhängigkeit)
4. Abdrängung der Verletzlichkeit
(Selbstständigkeit, Mitverantwortung)
5. Entwicklung von Depression zur Hinnahme der Krankheit
(Entwicklung zur Selbstverantwortung und Funktionalen Abhängigkeit)

Abbildung 3

In unserer Untersuchung zur Einstellung sterbender Menschen gegenüber der eigenen Endlichkeit konnten wir fünf verschiedene Formen des psychischen Umgangs mit der zum Tode führenden Erkrankung ermitteln. Bei den sterbenden Menschen handelte es sich um Tumorpatienten im Finalstadium der Erkrankung. Die Patienten wurden hausärztlich betreut; Schmerztherapeuten, Pflegefachkräfte, Seelsorger und Sozialarbeiter unterstützten in diesem Modellprojekt die behandelnden Hausärzte. Die Patienten wurden mehrfach ausführlich interviewt; es wurden bei allen Patienten

mindestens vier und höchstens sechs mehrstündige Interviews in einem mehrmonatigen Zeitraum durchgeführt. Auf der Grundlage einer statistischen Analyse war es möglich, in Bezug auf die spezifischen Formen des Erlebens und Verhaltens die Gesamtgruppe in fünf Untergruppen zu untergliedern. Dies heißt, dass jede der hier differenzierten Formen des psychischen Umgangs mit der zum Tode führenden Erkrankung charakteristisch für eine bestimmte Untergruppe ist. Schon ein kurzer Blick auf diese fünf Formen macht deutlich, dass zwischen Sterbenden sehr große Unterschiede hinsichtlich des Erlebens eigener Endlichkeit bestehen und dass daher eine „Stufenlehre" der Verarbeitungsformen, wie diese beispielsweise von Elisabeth Kübler-Ross entwickelt wurde, in der angenommenen Verallgemeinerung nicht gültig ist. Zugleich wird deutlich, wie verschiedenartig Sterbende in ihrer psychischen Verfassung sind – ein Aspekt, der auf die Notwendigkeit hoher Sensibilität bei der Begleitung Sterbender hindeutet.

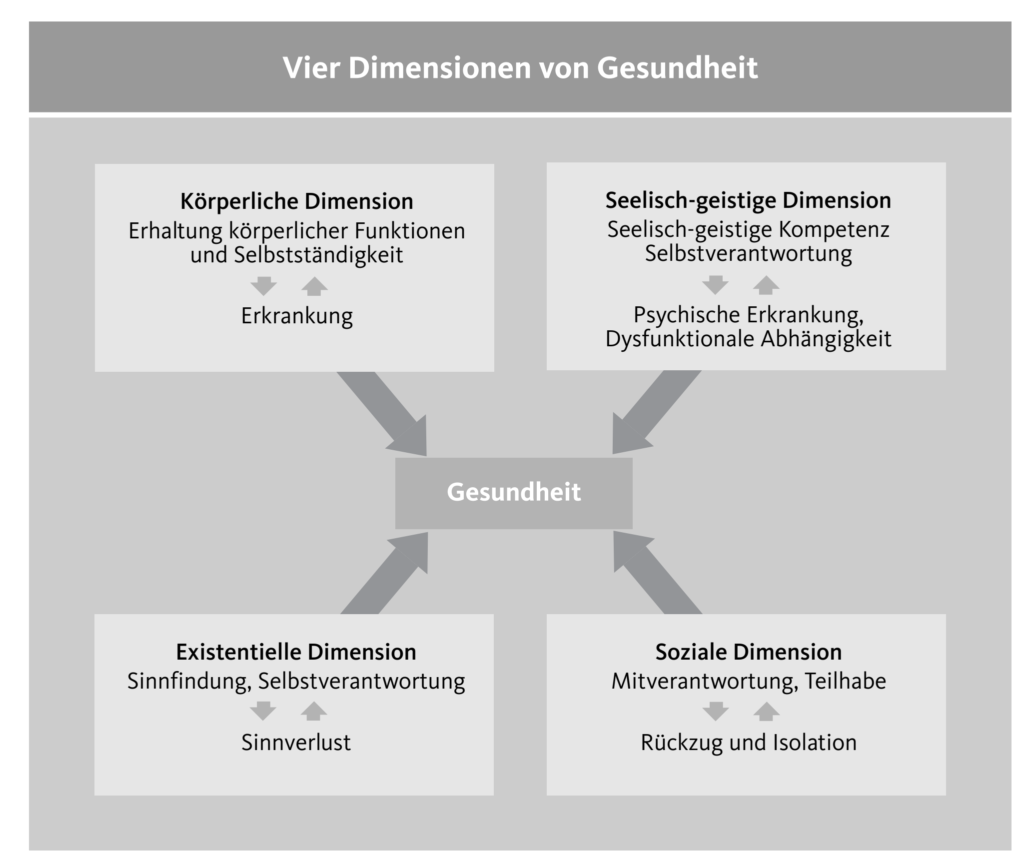


Abbildung 4

Nach meinem Verständnis ist es notwendig, bei der Begleitung chronisch erkrankter und sterbender Menschen zwischen vier Dimensionen der Gesundheit zu differenzieren und diese sowohl in Diagnostik als auch in Therapie und Pflege ausdrücklich zu berücksichtigen. Besonders soll hier die Differenzierung einer „existentiellen Dimension" hervorgehoben werden. Diese beschreibt die Sinnsuche und Sinnfindung des Menschen in einem spirituellen oder religiösen Kontext. „Spirituell" beschreibt dabei die Transzendenz des Menschen, allerdings ohne direkte Bezugnahme auf eine göttliche Instanz; „religiös" beschreibt die Transzendenz des Menschen mit direkter Bezugnahme auf eine göttliche Instanz. Vor allem in den Vereinigten Staaten sind in den vergangenen Jahren Untersuchungen veröffentlicht worden, die darauf hindeuten, dass die spirituelle oder religiöse Dimension bei sehr viel mehr Menschen eine subjektiv bedeutsame Daseinsthematik bildet, als man dies auf den ersten Blick vermuten würde. Aus diesem Grunde wird empfohlen, in die diagnostischen Instrumente auch Methoden zur Erfassung spiritueller oder religiöser Bedürfnisse aufzunehmen, um auf dieser Grundlage differenziert auf die Bedürfnisse des chronisch erkrankten oder sterbenden Menschen antworten zu können.

> **„Gesundheit ist nicht ein Kapital, das man aufzehren kann, sondern sie ist nur dort vorhanden, wo sie in jedem Augenblick des Lebens erzeugt wird."**
>
> Viktor von Weizsäcker, „Pathosophie"

Abbildung 5

Bei diesem umfassenden Verständnis von Gesundheit wird auch deutlich, warum es unangemessen ist, Gesundheit und Krankheit grundsätzlich als gegensätzliche, unvereinbare Zustände zu verstehen. Wie sich aus dem Zitat von Viktor von Weizsäcker folgern lässt, können chronisch erkrankte oder sterbende Menschen auch im Prozess der Erkrankung ein hohes Maß an Gesundheit verwirklichen – nämlich dann, wenn sie offen für mögliche seelisch-geistige Entwicklungsprozesse oder für Anregungen aus ihrer Umwelt sind. Jeder, der chronisch erkrankte oder sterbende Menschen betreut hat, weiß, dass diese Folgerung zutreffend ist.



Abbildung 6

Ich habe darauf hingewiesen, dass Erleben und Verhalten chronisch erkrankter und sterbender Menschen von jenen Merkmalen beeinflusst sind, die bereits als zentrale Kategorien einer „Anthropologie der Gesundheit“ vorgestellt wurden. Zugleich habe ich hervorgehoben, dass auch Krankheitssymptome Einfluss auf Erleben und Verhalten dieser Menschen ausüben. In Abbildung 6 führe ich Einflussfaktoren der Krankheitsverarbeitung an, die wir speziell in der Studie mit Tumorpatienten im Endstadium der Erkrankung ermittelt haben. Aus dieser geht hervor, dass Art und Stärke der Krankheitssymptome (wie zum Beispiel Schluckstörungen, Atemnot, Hustenanfälle, Verstopfung) einen bedeutenden Einflussfaktor der Krankheitsverarbeitung bilden. Zu den Krankheitssymptomen ist auch die Intensität der Schmerzen zu rechnen, die dazu führen kann, dass sich der Lebenswille des Patienten deutlich schwächt. Zugleich konnten wir zeigen, dass der Grad der Schmerzkontrolle – und dies heißt in unserem Verständnis sowohl Qualität der Schmerztherapie als auch Einsatz psychologischer Methoden zur besseren Bewältigung des Schmerzes – wichtig für Erleben und Verhalten sterbender Menschen ist. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Einstellung Sterbender zu ihrer Endlichkeit wiederum die Intensität der Schmerzen sowie die Fähigkeit zur psychologischen Kontrolle von Schmerzempfindungen in hohem Maße beeinflusst. Schließlich ist erkennbar, dass Selbstständigkeit und das Gefühl der Zugehörigkeit für das Erleben und Verhalten von Tumorpatienten im Finalstadium wichtig sind.

Aus dem Überblick über diese Einflussfaktoren lässt sich die Aussage ableiten, wie wichtig a) zunächst eine fachlich fundierte Schmerztherapie für ein „würdevolles Sterben“ ist – ohne eine derartige Schmerztherapie bedeutet das Sterben für viele Patienten eine mit zahlreichen Qualen verbundene Phase ihres Lebens. Zudem geben diese Befunde b) Hinweise auf die Notwendigkeit einer fachlich fundierten ärztlichen Begleitung des Sterbenden, die sich nicht allein auf die Diagnostik und Therapie der zum Tode führenden Grunderkrankung und der begleitenden (vielfach akuten) Erkrankungen beschränkt, sondern auch eine angemessene Symptomkontrolle anstrebt. Schließlich deuten die Befunde c) auf die Notwendigkeit einer „aktivierenden Pflege“ auch im Prozess des Sterbens hin. Mit „aktivierender“ Pflege sind alle Maßnahmen angesprochen, die darauf zielen, den Patienten in seinem Verlangen nach selbstständiger Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen.

An dieser Stelle soll auf die hohen psychischen Anforderungen eingegangen werden, die mit der Pflegebedürftigkeit eines Menschen verbunden sind. Dieser Aspekt ist insofern von großer Bedeutung, als viele chronische und zum Tode führende Erkrankungen im Alter mit einer mehr oder minder langen Phase der Pflegebedürftigkeit verbunden sind.

Die psychische Situation selbstständig lebender, hilfsbedürftiger und pflegebedürftiger Menschen			
	RELATIVE SELBSTSTÄNDIGKEIT	HILFEBEDARF	PFLEGEBEDARF
GELUNGENE ANPASSUNG - hohe Zufriedenheit - geringe subjektive Belastung - positives Alterserleben	17 %	9 %	–
GELUNGENE ANPASSUNG - mittlere Zufriedenheit - mittlere subjektive Belastung - eher positives Alterserleben	69 %	16 %	13 %
GEFÄHRDETE ANPASSUNG - mittlere Zufriedenheit - hohe subjektive Belastung - von Verlusten und Einschränkungen bestimmtes Alterserleben	14 %	62 %	23 %
NICHT MEHR GELUNGENE ANPASSUNG - geringe Zufriedenheit - hohe subjektive Belastung - negatives Alterserleben	–	13 %	64 %

Abbildung 7

In Abbildung 7 sind Ergebnisse einer Studie dargestellt, in der wir chronisch erkrankte ältere Menschen untersucht haben, bei denen a) die Selbstständigkeit weitgehend erhalten war, bei denen b) Hilfebedarf bestand oder bei denen c) Pflegebedarf gegeben war. In dieser Studie wurde auch die psychische Situation der Patienten differenziert erfasst. Es zeigt sich, dass gerade im Falle eines zunehmenden Pflegebedarfs die psychische Widerstandsfähigkeit von Patienten erheblich geschwächt und das Risiko depressiver Erkrankungen deutlich erhöht ist. Gerade Patienten, bei denen Pflegebedarf besteht, sind auf eine psychologisch unterstützte Begleitung angewiesen. Diese Befunde unterstreichen, dass das Moment der Selbstständigkeit für das Erleben und Verhalten chronisch erkrankter und sterbender Menschen von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Nachfolgend sind jene Merkmale der Therapie und Pflege bei chronisch erkrankten und sterbenden Menschen angeführt, denen unserer Erfahrung nach zentrale Bedeutung für die Erhaltung von Lebensqualität in dieser Grenzsituation zukommt.

Merkmale der Therapie und Pflege

1. Schmerztherapie
2. Symptomlinderung
3. Beachtung weiterer Krankheiten
4. Stimulation / Anregung
5. Zuverlässigkeit in den getroffenen Absprachen
6. Wahrhaftigkeit in der Kommunikation
7. Zurückhaltung mit definitiven Prognosen
8. Berücksichtigung der Kontaktbedürfnisse

Abbildung 8

Der US-amerikanische Mediziner und Theologe Daniel Sulmasy hat in dem von ihm entwickelten biopsychosozialen Modell der Patientenbetreuung ein spezifisches Verständnis von Krankheitssymptomen entwickelt: Krankheitssymptome deutet er primär im Sinne der Störung von Beziehungen. Dabei differenziert er zwischen Beziehungen in der Person („Innen“) und Beziehungen zwischen der Person und deren Umwelt („Außen“). Zu den Beziehungen in der Person zählt er zum einen das Gleichgewicht der Funktionen verschiedener Organe und Organsysteme, zum anderen die Beziehung zwischen Seele-Geist einerseits und Körper andererseits. Gerade in Bezug auf die zuletzt genannte Beziehung stellt er fest, dass vielen chronisch erkrankten Menschen – vor allem Menschen mit Pflegebedarf – der eigene Körper „fremd“ geworden ist und als etwas „Fremdes“ wahrgenommen wird. Bei der Thematisierung der Beziehungen zwischen der Person und deren Umwelt differenziert er zwischen der Umwelt (in ihren verschiedenartigen Segmenten) und Transzendenz. So wie Sulmasy Krankheitssymptome als „Störungen in den Beziehungen des Menschen“ versteht, so definiert er als eine zentrale Aufgabe von Therapie, Pflege und Begleitung die „Wiederherstellung von Beziehungen“ – wobei diese Beziehungen nun eine (im Vergleich zu früher) veränderte Gestalt annehmen können.

Biopsychosoziales Modell der Patientenbetreuung

INNEN

1. Beziehungen zwischen den Organsystemen und den Stoffwechselprozessen
2. Beziehungen zwischen Seele-Geist und Körper

AUSSEN

1. Beziehungen zwischen der Person und der Umwelt (ökologische, physische, familiäre, soziale, rechtliche, infrastrukturelle Umwelt)
2. Beziehungen zwischen Person und Transzendenz

Abbildung 9

Es soll abschließend hervorgehoben werden, dass im thematischen Kontext von chronischer Erkrankung, Pflegebedarf und Sterben die Demenzerkrankungen zusehends an Bedeutung gewinnen. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, nimmt mit steigendem Alter zu, wie aus Abbildung 10 hervorgeht.

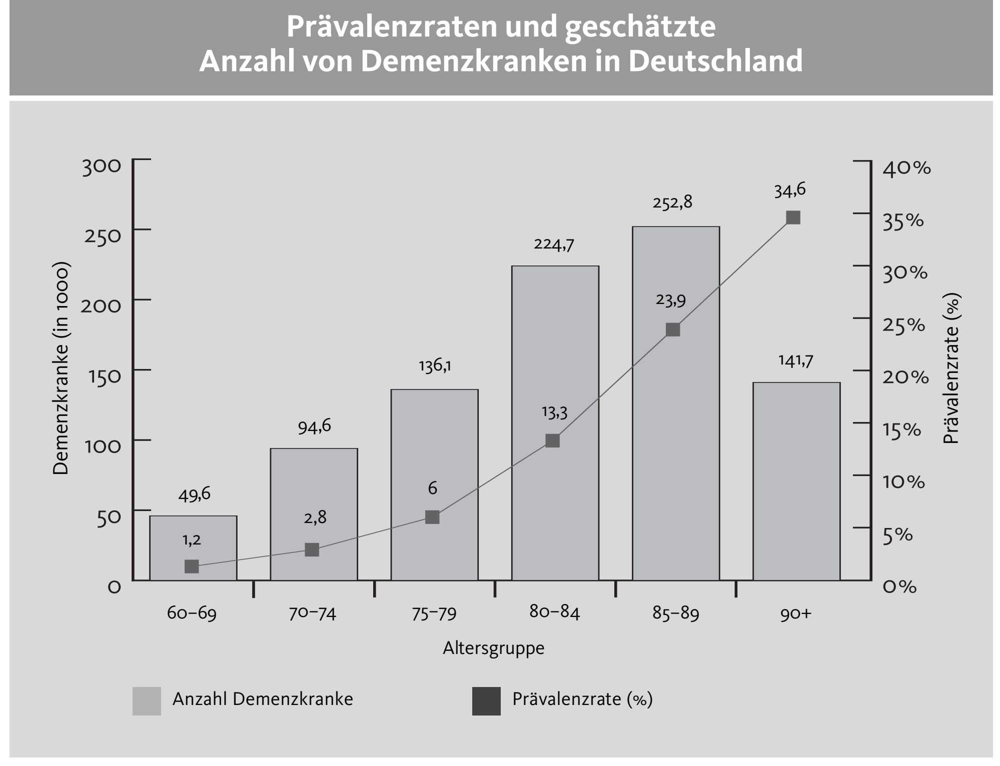


Abbildung 10

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich der demographische Wandel vor allem in den höchsten Altersgruppen, das heißt in der Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen zeigt. Eine Zahl mag dies belegen: Während heute circa vier Prozent der Bevölkerung 80 Jahre und älter sind, werden dies im Jahre 2050 circa 13 Prozent sein. Wenn man nun bedenkt – und die aus einer Arbeit von Horst Bickel entnommene Abbildung zeigt dies sehr deutlich –, dass gerade in der Gruppe der 80-jährigen und älteren Menschen der Anteil Demenzkranker steigt, dann lässt sich folgern, dass die Demenzerkrankungen in Zukunft die Diskussion über eine fachlich und ethisch anspruchsvolle Therapie und Pflege noch stärker bestimmen werden als heute. Die Anforderungen, die sich bei diesen Patienten im Finalstadium der Erkrankung an Behandlung und Pflege sowie an Betreuung und Begleitung ergeben, sind bislang erst in Ansätzen skizziert. Aus den Arbeiten unseres Instituts sei nur ein wichtiges Ergebnis kommuniziert: Das emotionale Erleben erscheint auch bei Patienten, bei denen die Demenzerkrankung bereits weit fortgeschritten ist, als differenziert. Zudem ist es möglich, die Emotionen, die ein

demenzkranker Mensch aktuell erlebt, an dessen Mimik zu erkennen. Für die Erhaltung der Kommunikation mit jenen Menschen, die nicht mehr verbal kommunizieren können, ist die Orientierung an deren mimischen Ausdrucksskripten zentral. Wenn dies gelingt und damit die Kommunikation aufrechterhalten werden kann, ist eine Grundlage für eine fachlich wie ethisch anspruchsvolle Therapie und Pflege geschaffen.

Die Philosophin und Politikwissenschaftlerin Hannah Arendt charakterisiert in ihrer Schrift „Vita activa oder vom tätigen Leben" Handeln (in Abgrenzung zum Arbeiten und zum Herstellen) als Umgang von Menschen mit Menschen in Tat und Wort. Ein Handelnder stehe immer im Beziehungsgeflecht zu Menschen und könne deswegen nie etwas „ungestört" anfangen oder zu Ende bringen. Im Handeln verwirkliche der Mensch seine höchste Fähigkeit: die Gabe, etwas völlig Neues zu beginnen. Diese Fähigkeit umschreibt Arendt mit dem Begriff der Natalität: Wer ich bin, das kann ich nicht erfahren und festhalten in passiver und sprachloser Zurückgezogenheit. Erst wenn ich spreche und handle, gebe ich Aufschluss über mich, zeige mich und gebe mich auch aus der Hand. Erst dann könne in der Beziehung etwas „Neues" begonnen werden. Der Mensch bewahre seine Unverwechselbarkeit und empfinde die Eigenart des anderen nicht als Einschränkung, sondern begreife diese vielmehr als Chance, die Frage nach dem gemeinsamen Leben immer wieder neu zu stellen. Diese Aussage gelte auch für das Handeln in Grenzsituationen: Die Vorstellung, dass Menschen auch in solchen Situationen etwas Neues beginnen könnten, dass auch in solchen Situationen die Beziehung zwischen den Menschen als schöpferischer Prozess verstanden werden könne, müsse sich in der Gesellschaft noch viel stärker durchsetzen, damit Solidarität zwischen Menschen entstehe.

CHRIS PAUL
Trauerbegleiterin – Bonn

„Den eigenen Tod, den stirbt man nur – doch mit dem Tod der and’ren muss man leben“ (Mascha Kalenko)

Ich möchte Sie zum Wechsel der Perspektive in der Betrachtung des Sterbeprozesses einladen. Die Einbeziehung Angehöriger ist längst Praxis in hospizlichen und palliativen Versorgungskonzepten. Angehörige werden hierbei häufig als „Mitglieder eines multidisziplinären Teams“ am Sterbebett bezeichnet. Dieser Begriff ist jedoch irreführend. Angehöriger zu sein ist keine Profession, die in mehrjähriger Ausbildungszeit erlernt werden könnte. Wir sind Angehörige unserer Eltern, Partner, Kinder, Verwandten und auch Freunde durch Wahl und durch Zufall, das „Angehörig-Sein“ eignen wir uns dabei in einem Learning-by-Doing-Prozess Schritt für Schritt an. Die so entstehenden Beziehungsgeflechte sind so fehlerhaft, von Missverständnissen, Irrtümern und Enttäuschungen geprägt, wie dies in allen menschlichen Beziehungen unausweichlich ist. Diese gewachsenen Beziehungen sind selten ideale Beziehungen in vollkommener Harmonie, absoluter Ehrlichkeit und mit stets ehrlich ausgetragenen Konflikten.

Vor dem Hintergrund dieser gewachsenen, nicht perfekten Beziehung begegnen Angehörige der Situation, mit einem Mal Angehörige eines Kranken und schließlich eines Sterbenden zu sein, Ehefrau eines sterbenden Partners, Sohn oder Tochter einer sterbenden Mutter, Bruder einer sterbenden Schwester, Mutter oder Vater eines sterbenden Kindes. Auch in diesen sich oft schnell und unaufhaltsam verändernden Situationen gibt es keine Möglichkeit, sich zunächst zu einem „Befähigungskurs“ anzumelden, um im Anschluss daran gestärkt, im Bewusstsein eigener Stärken und Schwächen, mit dem Rüstzeug einer regelmäßigen Supervision und ebensolcher Fortbildungen sich der Aufgabe einer Sterbebegleitung zu widmen.

Angehörige sind mehr und etwas anderes als „Mitglieder eines multiprofessionellen Teams“ oder „Mit-Arbeiter“ am Sterbebett. Angehörige sind Leidtragende und Leidende wie der Sterbende selbst. Aber anders als die übrigen Beteiligten haben

Angehörige mit einer Leidperspektive weit über den Todeszeitpunkt hinaus zu leben. Der Sterbende stirbt, die professionellen und ehrenamtlichen Helfer gehen weiter zu einem anderen Sterbebett, die Angehörigen jedoch müssen mit diesem einen, ganz besonderen Tod weiterleben. Für sie ist alles, was am Sterbebett geschieht, Teil eines weiteren Prozesses, des Trauerprozesses. Und auch ein „gelungenes" oder „gutes" Sterben des Sterbenden schützt die Angehörigen nicht vor dem Verlustschmerz, den Anforderungen, ihr Leben neu zu organisieren und mit dem Fehlen des vertrauten, geliebten Menschen weiterzuleben.

Bereits im Sterbeprozess beginnt für Angehörige die Auseinandersetzung mit den Veränderungen, die ihr eigenes Leben durch die Erkrankung und das zu erwartende Sterben erfährt und erfahren wird. In diesem existentiellen Prozess müssen Angehörige ernst genommen und unterstützt werden.

Monika Müller formuliert daher in den „(Menschen-) Rechten Angehöriger" (unveröffentlichtes Manuskript) unter anderem folgende Rechte:

- Ich habe das Recht, als eigenständige Person gesehen zu werden, nicht nur als Angehöriger.
- Ich habe das Recht, auch im Mittelpunkt zu stehen.
- Ich habe das Recht, mich auf meine Weise dem Unausweichlichen zu nähern.
- Ich habe das Recht, unkooperativ zu sein, weil ich kein Kooperationspartner bin.
- Ich habe das Recht auf einfühlsame, kompetente Unterstützung von Menschen, die sich die Mühe machen, meine Bedürfnisse zu verstehen.

Die Würde der Angehörigen verlangt genauso viel Beachtung wie die Würde der Sterbenden. Konflikte zwischen den Bedürfnissen der Sterbenden und ihren Angehörigen, aber auch zwischen den Anforderungen der Pflegenden und den Prozessen der Angehörigen dürfen nicht automatisch durch Missachtung oder Abwertung der Angehörigen gelöst werden. Drei konkrete Forderungen leiten sich aus dieser Perspektivenerweiterung ab:

1. In der hospizlichen und palliativen Betreuung Sterbender ist eine stärkere Beachtung der besonderen Bedürfnisse und Interessen Angehöriger nötig.
2. In der gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung mit Tod und Sterben muss eine Erweiterung hin zur Auseinandersetzung mit Trauerprozessen erfolgen. Wir begegnen der menschlichen Endlichkeit nicht nur sterbend oder in Vorbereitung

auf den eigenen Sterbeprozess, sondern massiv und wiederholt mitten im Leben durch die Sterblichkeit geliebter und vertrauter Menschen, die mit ihrem Sterben jeweils Träume, Lebensentwürfe und Hoffnungen der Weiterlebenden als endlich entlarven. Die inneren und äußeren Abschiede von sterbenden Menschen, aber auch von eigenen Lebensmöglichkeiten, die mit diesen Menschen verbunden waren, sind langwierig und schmerzhaft. Gleichzeitig bergen sie ein großes Potential menschlicher Reife; aus beiden Gründen brauchen sie mehr Akzeptanz und Aufmerksamkeit als bisher.
3. Im Bereich gesetzlicher Rahmenbedingungen könnte sich diese Akzeptanz niederschlagen durch die Gewährung einer dreimonatigen Karenzzeit für Angehörige von Sterbenden, wie es in Österreich und Frankreich bereits gesetzlich verankert ist. Ausdrücklich soll diese Zeit Angehörigen eingeräumt werden, damit sie die für sie und ihr Weiterleben wichtigen Prozesse am Sterbebett naher Angehöriger miterleben können.

JAKOB BERGER
Facharzt für Allgemeinmedizin – Meitingen

Perspektiven in der Begleitung Sterbender – die Perspektive des Hausarztes

Ich kann mich noch gut erinnern, wie ich als fünfjähriger Junge geholfen habe, meinen Großvater, der auf einem schwäbischen Bauernhof verstorben war, nach dreitägiger Totenruhe im Sterbebett liebevoll in den Sarg zu betten und Abschied zu nehmen. Trotz meines kindlichen Alters wurde sein Tod von mir nicht als etwas Abschreckendes erlebt, sondern als Teil des Lebens und als etwas Vertrautes. So konnte ich um meinen Großvater trauern und seinen Tod verarbeiten. Doch die Zeiten haben sich verändert. So erlebe ich als Hausarzt leider sehr häufig Hilflosigkeit und Angst dem Sterben oder dem Toten gegenüber. Dies gipfelt manchmal darin, dass man Kinder, in deren Familie ein Angehöriger verstirbt, zu Nachbarn bringt, damit sie nicht mit dem Tod konfrontiert werden. Es kommt auch immer wieder vor, dass, wenn ein Angehöriger zum Beispiel am Abend verstirbt, das Bestattungsunternehmen noch am späten Abend oder nachts den Verstorbenen abholen muss, da die Nähe des Toten nicht gewünscht oder ertragen wird. Es ist dies sicher keine böse Absicht der Angehörigen, sondern Angst und Unsicherheit, da die meisten modernen Menschen mit dem Tod und dem Sterben nicht mehr vertraut sind. Die Tatsache, dass wir alle sterben müssen, wird in unserer „Generation der Macher" oft auch durch den medizinischen Fortschrittsglauben und die Technisierung der Medizin verdrängt.

Jährlich sterben in Deutschland circa 850.000 bis 900.000 Menschen. Sehr viele von ihnen wissen von ihrem nahen Tod und wünschen sich ein Sterben in vertrauter Umgebung, am liebsten im Kreise ihrer Familie. Doch leider sieht die Realität anders aus. Sehr viele schwer kranke Patienten müssen in Krankenhäusern, Palliativstationen, Pflegeheimen und Pflegestationen sterben.

Sterbende bedürfen in besonderer Weise der Begleitung, menschlicher Wärme und des Beistands, damit ihnen das Loslassen und der Abschied leichter fallen. Um dies

zu ermöglichen, müssen einige wichtige Voraussetzungen erfüllt sein: Neben einer sehr guten pflegerischen Betreuung, die oft durch Angehörige und Pflegedienste sichergestellt werden kann, muss insbesondere eine engmaschige ärztliche Betreuung gewährleistet sein. Und hier sind in erster Linie die Hausärzte gefordert. Ich selbst bin sehr gerne Hausarzt und habe täglich mit Schwerkranken und häufig mit Sterbenden zu tun. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass die Betreuung Sterbender bis zum Tod zwar zu den schwersten und anstrengendsten Tätigkeiten eines Hausarztes gehört, aber auch zu einer großen Befriedigung im Beruf und zu tiefen menschlichen Begegnungen führt, die in unserer technisierten Medizin leider seltener geworden sind.

Neben der häuslichen Betreuung Sterbender werden die Hausärzte auch in zunehmendem Maße in Hospizeinrichtungen – deren Zahl erfreulicherweise weiter steigt – ärztlich tätig sein müssen. Eine flächendeckende Versorgung mit Hospizen und Palliativeinrichtungen wird jedoch aus finanziellen Gründen wohl nicht möglich sein. Sie ist auch nicht unbedingt wünschenswert, da ja das Sterben vom häuslichen Umfeld nicht in spezielle Sterbeeinrichtungen verlagert werden soll. Hospize können jedoch eine große Hilfe sein, wenn eine Pflege zu Hause nicht möglich ist. Viele Hausärzte sind bereit, sich hier aktiv einzubringen.

Welche hausärztlichen Tätigkeiten gehören nun zu den Hauptaufgaben bei der Betreuung schwer kranker Sterbender? Da ist an erster Stelle eine adäquate Schmerzbehandlung zu nennen. Schmerzen gehören zum Beispiel bei Tumorpatienten zu den am meisten gefürchteten Symptomen ihrer Erkrankung, und es gehört immer noch zu den vornehmsten Pflichten eines Arztes, Schmerzen zu bekämpfen. Wir verfügen heute über ein großes Arsenal guter Schmerzmittel, und bei gezielter und konsequenter Anwendung ist es möglich, die meisten Schmerzen in den Griff zu bekommen. Sicher wird es immer wieder noch Fälle geben, in denen man Schmerztherapeuten hinzuziehen oder spezielle Schmerzausschaltungstechniken einsetzen muss. Leider erhalten noch immer nicht alle Tumorpatienten die ihnen zustehende optimale Schmerztherapie, da sich viele betreuende Hausärzte noch scheuen, in ausreichendem Maße Opiate einzusetzen – sei es aus Kostengründen oder aus überkommenen Vorstellungen der Suchtgefahr, die bei unheilbaren Patienten sowieso keine Rolle spielt. Es gibt, Gott sei Dank, auch hier große Fortschritte. So wurde auf dem 15. Deutschen Schmerztag im März 2004 in Frankfurt am Main berichtet, immer mehr Kollegen wüssten über Schmerz und Schmerztherapie Bescheid und scheuten sich nicht mehr, Opiate einzusetzen. Es besteht jedoch weiterhin ein enormer Aufklärungsbedarf.

Bei der Schmerztherapie ist es dringend erforderlich, die Pflegenden darüber aufzuklären, dass eine effektive Schmerztherapie durch Opiate nach einem festen Zeitplan erfolgen muss, damit Schmerzspitzen gar nicht erst auftreten. Meines Erachtens müssten Schmerzmittel bei chronischen Schmerzerkrankungen aus den Arzneimittelbudgets herausgenommen werden, so dass jeder Arzt ohne Angst vor finanziellen Regressforderungen seinen Tumorpatienten und Sterbenden eine optimale Schmerzbehandlung zukommen lassen kann. Es erscheint mir bezeichnend für die Unausgewogenheit unseres Gesundheitssystems, dass auf der einen Seite Patienten von ihren Krankenkassen zu Wellness-Wochenenden in Viersternehotels eingeladen werden, auf der anderen Seite aber gegen Ärzte, die ausreichend Schmerzmittel verordnen, von den Krankenkassen Regressforderungen in zum Teil existenzbedrohender Höhe gestellt werden. Des Weiteren muss die Schmerztherapie als eine Hauptstütze der Palliativtherapie in der Ausbildung von Medizinstudenten und in der Fortbildung der Ärzte fest verankert werden.

Welche Symptome fordern vom Hausarzt weitere medikamentöse Hilfe? Übelkeit und Erbrechen treten bei 40 bis 70 Prozent der Patienten mit fortgeschrittenem Tumorleiden auf. Auch hier stehen ausreichend gute Medikamente zur Verfügung. Dasselbe gilt für die Obstipation (Stuhlverstopfung), die für viele Schwerkranke sehr belastend sein kann. Hier können viel Flüssigkeit und zum Teil auch Laxantien (Abführmittel) Abhilfe schaffen. Häufig klagen Schwerkranke und Tumorpatienten über Atemnot und Dyspnoe. Wenn keine kausale Therapie möglich ist, bringt die rechtzeitige Gabe von Opiaten auch hier Erleichterung. Sauerstoffgabe wird oft unreflektiert angeboten und ist nur bei Hypoxie notwendig. Durst und Austrocknung stellen häufig die Pflegenden vor große Probleme und können sehr quälend sein. Mit Hilfe von Portsystemen und Sonden ist eine parenterale (das heißt intravenöse) Flüssigkeitszufuhr gut möglich, jedoch muss auch hier selbstverständlich der Wille des Patienten respektiert werden.

Wie ausgeführt kommt auf den betreuenden Hausarzt in der Betreuung Sterbender eine Fülle medizinischer Probleme zu, die ihn oft sehr stark fordern und darüber hinaus sehr viel Wissen, Erfahrung und Engagement erfordern. Mit zunehmenden Einsparungen in den Kliniken und Verkürzung der Liegezeiten werden diese Aufgaben für die Hausärzte noch gravierender und arbeitsintensiver werden.

Doch mindestens genauso gefordert wie bei der physischen Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden ist der betreuende Hausarzt auch bei der psychischen Begleitung von Sterbenden sowie deren Angehörigen.

Der Hausarzt ist Gott sei Dank oft in der glücklichen Lage, den betreffenden Patienten vielleicht schon über Jahre bis Jahrzehnte betreut zu haben und ihn gut zu kennen; oft besteht zwischen Hausarzt und Patient ein Vertrauensverhältnis. Die psychologische Betreuung erfordert vom Hausarzt Zeit, Geduld, Einfühlungsvermögen und auch den Mut zur Wahrheit, da der behandelnde Hausarzt dem Patienten schwierige und oft belastende Befunde und Nachrichten nahe bringen muss. Oftmals ist es schwierig, den Patienten auf bestimmte Dinge anzusprechen – ob er zum Beispiel seine persönlichen Dinge ordnen möchte oder geistlichen Beistand wünscht. Nach solchen offenen Gesprächen tritt bei den Patienten häufig deutliche Erleichterung ein, da sich die Schwerkranken schon oft selbst mit solchen Gedanken beschäftigt haben. Auftretende psychische Probleme wie Depressionen, Angstsyndrome und Schlaflosigkeit können dabei nicht nur mittels Gesprächstherapie, sondern auch durch geeignete medikamentöse Maßnahmen gut behandelt werden. Doch im Vordergrund sollte die menschliche Zuwendung stehen. Nicht selten entsteht zwischen Arzt und sterbenskrankem Patient ein besonders intensives zwischenmenschliches Verhältnis, manchmal entsteht in dieser Phase sogar eine Freundschaft bis zum Tod. In dieser Zeit ist es auch für den Arzt wichtig, Gefühle zuzulassen, zum Beispiel Patienten auch einmal in den Arm zu nehmen und menschliche Zuneigung zu zeigen. Große Unterstützung erfährt der Hausarzt oft durch liebevolle Angehörige, Pflegepersonen und mitbetreuende Geistliche.

Eine weitere den Hausarzt fordernde Aufgabe ist die Betreuung der Angehörigen, sowohl vor als auch nach dem Sterben des Familienmitgliedes. In dieser schwierigen Phase tut sich für die Hinterbliebenen häufig eine Leere oder ein Abgrund auf, wodurch ein besonders intensiver Betreuungsbedarf entsteht.

Auch die Koordination der Pflegeleistungen und die Führung der Pflegepersonen erfordern vom Hausarzt viel Engagement und Einfühlungsvermögen; sie sind für eine optimale Pflegebetreuung durch ein Pflegeteam unerlässlich.

Angesichts der enormen physischen, psychischen, fachlichen und organisatorischen Anforderungen in der hausärztlichen Betreuung Sterbender stellt sich die Frage, ob Hausärzte bereit und auch in der Lage sind, diese Betreuung zu Hause zu leisten. Die Frage, ob wir Hausärzte hierzu bereit sind, kann ich, glaube ich, guten Gewissens mit „ja“ beantworten, wie zahllose Beispiele von guter Betreuung Sterbender durch Hausärzte zeigen. Seitens des Staates und der Krankenkassen erwarten wir jedoch eine entsprechende – und dies bedeutet bessere – Honorierung dieser schweren und

zeitintensiven Aufgabe. Derzeit wird in Bayern ein Hausbesuch mit 20 Euro vergütet. Wenn man bedenkt, dass der Besuch bei einem Tumorpatienten mit Fahrzeit und Betreuungsmaßnahmen oft bis zu einer Stunde dauert, ist diese Honorierung bei weitem nicht ausreichend. Es ist vielleicht nicht opportun, an dieser Stelle über Geld zu sprechen, doch es wäre meines Erachtens unethisch, einen Berufsstand zur Selbstausbeutung zu zwingen. Um nicht missverstanden zu werden: Es geht uns Hausärzten nicht primär um Geld, sondern es geht um die Frage, welchen Stellenwert eine Gesellschaft der intensiven hausärztlichen Betreuung Sterbender zubilligt und wie sie adäquat honoriert werden soll.

Für eine gute Betreuung Sterbender werden auch in Zukunft viele motivierte und gut ausgebildete Hausärzte gebraucht, und es ist höchste Zeit, die hausärztliche Tätigkeit seitens der Politik zu stärken – denn sonst werden in Zukunft nicht mehr genügend Hausärzte zur Verfügung stehen, um diese schwere Aufgabe zu erfüllen.

Was die fachliche Qualifikation der Hausärzte in puncto Palliativmedizin betrifft, so besteht hier sicher noch deutlicher Nachholbedarf, insbesondere was Schmerztherapie und spezielle palliativmedizinische Kenntnisse angeht. Hier ist an die Politik die Forderung zu stellen, palliativmedizinische Inhalte bereits ins Medizinstudium zu integrieren und genügend Lehrstühle und Einrichtungen für Palliativmedizin zu fördern. Wir Hausärzte haben vermehrt palliativmedizinische Inhalte und Schmerztherapie in unsere Weiterbildungsordnung und in Fortbildungen eingebracht, und viele Hausärzte sind bereit, eine Zusatzqualifikation in Palliativmedizin berufsbegleitend zu erwerben. Doch müssen vom Staat und den Krankenkassen genügend finanzielle Mittel für die Ausbildung, aber auch die Tätigkeit am Krankenbett zu Hause, zum Beispiel durch palliativmedizinische Konsiliardienste, bereitgestellt werden. Nur dann wird es gelingen, möglichst viele Sterbende zu Hause ärztlich optimal zu betreuen und dem Sterbenden diese letzte Zeit noch lebenswert und würdig zu gestalten. Dies sollte unser aller Wunsch und Ziel sein.

LUKAS RADBRUCH
Professor für Palliativmedizin – Universitätsklinikum Aachen

Perspektiven in der Begleitung Sterbender – die Perspektive der klinischen Palliativmedizin

Wie wir sterben – abgeschoben

„Sterben in Würde“ – für die meisten von uns ist dies wohl verbunden mit der Vorstellung von einem ruhigen Tod, sanft entschlafen im Kreis der Familie, in der gewohnten Umgebung. Dies ist in Deutschland aber eher die Ausnahme. Auch wenn der Verlauf einer unheilbaren Erkrankung vorhersehbar ist, führen Angst und Unsicherheit bei Ärzten, Patienten und vor allem bei den Angehörigen dazu, dass Patienten in der letzten Lebensphase noch ins Krankenhaus aufgenommen werden, manchmal sogar notfallmäßig mit dem Rettungsdienst dorthin gebracht werden. Die Intensivstation statt des eigenen Heims ist für viele Menschen der letzte Ort.

Wie wir sterben – unsicher

Ein ruhiger, würdiger Tod ist nicht möglich, wenn Schmerzen, Übelkeit, Luftnot, Verwirrtheit oder andere Symptome vorherrschen. Mit dem Fortschreiten einer Tumorerkrankung haben viele Patienten Angst vor diesen von der Erkrankung verursachten Symptomen, die sie ein schreckliches Ende befürchten lassen. Die Angst vor Schmerzen und Leiden, die noch kommen, ist manchmal unerträglicher als die Schmerzen, unter denen der Patient gerade leidet.

Neben den Ängsten und der Unsicherheit bei Patienten und Angehörigen muss aber auch auf die Unsicherheit der Behandelnden hingewiesen werden. Der Arzt, der notfallmäßig zu einem sterbenden Patienten gerufen wird, hat nicht gelernt, mit dieser Situation angemessen umzugehen. Aus Angst vor Inaktivität, mit der Unmut bei Angehörigen und Vorgesetzten und möglicherweise auch juristische Konsequenzen assoziiert werden, werden die üblichen Routinen eingeleitet, die für diesen Patienten aber nicht mehr angemessen sind, während die sinnvollen Maßnahmen zur Symptomkontrolle und die emotionale Unterstützung oft zu kurz kommen. So

werden beispielsweise bei einem sterbenden Patienten mit Angst und Luftnot ein Elektrokardiogramm und Blutabnahmen für Laborkontrollen veranlasst, statt ihm Opioide, Benzodiazepine, Zuwendung und Nähe zu geben.

Wie wir sterben – mit Palliativmedizin

Palliativmedizin bietet dem Patienten eine Unterstützung und Begleitung am Ende des Lebens an. Schmerzen, Luftnot und Verwirrtheit können mit Medikamenten und anderen Methoden behandelt werden. Im interdisziplinären Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Physiotherapeut und Seelsorger können nicht nur die körperlichen Symptome gelindert, sondern auch psychosoziale und spirituelle Probleme gelöst werden. In wenigen Fällen, wenn die Behandlungsmöglichkeiten keine ausreichende Linderung versprechen, kann eine Sedierung des Patienten angeboten werden. Die Behandlungsziele und die Therapieplanung werden dabei in enger Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen festgelegt, ethische Konflikte können mit dem Team gelöst werden. So ermöglicht die Palliativmedizin den meisten Patienten ein Sterben in Würde.

Wie wir sterben – dynamisch

Dabei muss betont werden, dass Sterben ein dynamischer Prozess ist. Die Bedürfnisse und Ziele der Patienten können sich in der letzten Lebensphase auch kurzfristig ändern. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen.

Eine 75-jährige Patientin mit Pankreaskarzinom (Bauchspeicheldrüsenkrebs) wird mehrere Wochen nach einer großen Operation von einer chirurgischen Station auf die Palliativstation übernommen. Komplikationen in der Wundheilung hatten den postoperativen Verlauf und den postoperativen Aufbau der Ernährung erschwert. Zum Zeitpunkt der Übernahme bestanden aber nur geringe körperliche Beschwerden, in erster Linie Übelkeit und Obstipation (Stuhlverstopfung). Die Patientin fühlte sich vor allem durch die familiäre Situation belastet, da beide Töchter ebenfalls an einer Tumorerkrankung litten und zur gleichen Zeit intensive Behandlung benötigten. Neben der psychischen Belastung durch die erkrankte Familie bestand eine soziale Belastung bei der Patientin, da sie unbedingt die verbleibende Lebenszeit zu Hause verbringen wollte, eine Entlassung nach Hause so aber nicht möglich war. Nach längeren und umfangreichen Vorbereitungen und in enger Kooperation mit Hausarzt, Pflegedienst, ehrenamtlichem Hospizdienst und Sozialdienst der Klinik konnte die Patientin nach Hause entlassen werden. Nach zehn Tagen verschlechterte sich der Allgemeinzustand, die nun nicht mehr mobile Patientin musste erneut auf der

Palliativstation aufgenommen werden. Im Aufnahmegespräch wurde klar, dass sie mittlerweile eine sichere Versorgung der Rückkehr in die eigene Wohnung vorzog. Die Verlegung in ein stationäres Hospiz wurde vorbereitet, in dem die Patientin wenige Tage später verstarb.

Eine 40-jährige Patientin mit einem fortgeschrittenen malignen Melanom, das in Leber, Wirbelkörper und Hirn metastasiert hatte, bat während der stationären Behandlung in der Hautklinik um ein palliativmedizinisches Konsil. Die Patientin wünschte eine Behandlung von Müdigkeit und Schwäche. Therapieversuche mit Anpassung der Schmerzmedikation und stimulierenden Medikamenten wie Methylphenidat sowie Beratung und Information waren mäßig erfolgreich, und die Patientin stellte immer wieder klar, dass Müdigkeit und Schwäche sie im Alltag stark beeinträchtigten. Der enge Kontakt mit dem Behandlungsteam der Palliativstation gab ihr aber ausreichende Sicherheit, mehrmals einige Tage zu Hause zu verbringen. Im Verlauf traten jedoch zunehmend Schmerzen im Brustkorb und später im Bauchbereich auf, die spezifische Behandlungsmaßnahmen erforderlich machten. Übelkeit und Erbrechen führten dazu, dass eine parenterale Ernährung – eine Ernährung unter Umgehung des Verdauungsweges – eingeleitet werden musste. Müdigkeit und Schwäche bestanden zu diesem Zeitpunkt zwar unverändert fort, wurden von der Patientin jetzt aber nicht mehr als behandlungsbedürftig bewertet, solange Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Ernährungsstörung im Vordergrund standen. Mit zunehmender Tumorprogression änderte die Patientin erneut ihre Prioritäten und bat um Entlassung nach Hause, um die verbleibende Lebenszeit in der Familie zu verbringen. Während die Entlassung vorbereitet wurde, wurde aber auch deutlich, dass die Patientin und ihr Ehemann Angst hatten, dass die Versorgung zu Hause nicht ausreichend sein könnte, vor allem wenn Komplikationen auftreten würden. Die Kooperation mit einem Home-Care-Dienst, dessen Arzt die Patientin bereits auf der Station kennen gelernt hatte und der sie dann zu Hause weiter betreute, und die Zusicherung, dass das Bett auf der Palliativstation zunächst für sie freigehalten werden würde, gaben ihr die nötige Sicherheit, um die Entlassung nach Hause zu wagen. In dieser Phase litt sie zeitweilig unter Luftnot und Angstattacken. Die Medikamente gegen Müdigkeit wurden deshalb abgesetzt, und nach Absprache mit der Patientin sedierende Medikamente und Opioide bei Bedarf verabreicht. Wenige Tage nach der Entlassung verstarb sie im Kreis der Familie.

Wie wir sterben – besser als jetzt?

Die palliativmedizinische Versorgung ist in Deutschland jedoch noch nicht ausreichend. Trotz der stetigen Zunahme hospizdienstlicher und palliativmedizinischer Einrichtungen und trotz zunehmender Akzeptanz von Hospizarbeit und Palliativmedizin in der Öffentlichkeit und in medizinischen Fachkreisen erhalten viele Tumorpatienten in der letzten Lebensphase keine angemessene palliativmedizinische Behandlung. Andere Patienten mit unheilbaren Erkrankungen, die am Ende des Lebens ebenso unter behandlungsbedürftigen Schmerzen und anderen Symptomen leiden wie Tumorpatienten, erhalten nur in Ausnahmefällen eine palliativmedizinische Behandlung. Nötig wäre diese aber für viele Patienten mit geriatrischen, internistischen oder neurologischen Erkrankungen. Im Zuge der Gesundheitsreform ist zu befürchten, dass eine Verbesserung der palliativmedizinischen Versorgung dieser Patienten oder der Tumorpatienten kaum noch möglich sein wird. In vielen Pflegeheimen ist schon heute aus palliativmedizinischer Sicht ein Notstand zu beklagen.

Eine Verbesserung ist dringend notwendig. Eine angemessene palliativmedizinische Versorgung muss für alle Patienten, die dies benötigen, gesichert werden. Kurzfristig ist die Einrichtung weiterer ambulanter und stationärer Dienste erforderlich, die nicht nur die Versorgung der Palliativpatienten sichern, sondern auch als Keimzellen für die Verbreitung von Palliativmedizin und Hospizarbeit wirken. Mittelfristig muss die medizinische Behandlung Sterbender verbessert werden, indem der Umgang mit Sterbenden und palliativmedizinische Grundkenntnisse im Studium gelehrt werden. Langfristig wird sich eine angemessene Betreuung Sterbender nur erreichen lassen, wenn die Gesellschaft dies will und ihre Prioritäten entsprechend setzt. Die Fortschritte, die die Palliativmedizin in Deutschland in den letzten Jahren erreicht hat, sind nur ein erster Schritt auf diesem Weg.

BEATE AUGUSTYN
Palliativfachkraft – Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung, Universitätsklinikum München-Großhadern

Perspektiven in der Begleitung Sterbender – die Perspektive der klinischen und ambulanten Pflege

Sterbende Menschen sind lebende Menschen – und so ist Sterbebegleitung demnach auch Lebensbegleitung. Dame Cecily Saunders, Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, gab im Jahre 1967 mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice in London den Anstoß für die inzwischen weltweit verbreitete Hospizbewegung. Schwer kranke und sterbende Menschen stehen dabei im Mittelpunkt: „Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig! Wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können." Hospizarbeit, Palliativmedizin und Palliativpflege haben sich zur Aufgabe gemacht, mit hoher fachlicher Kompetenz einen würdigen und respektvollen Umgang mit Patienten und deren Familien umzusetzen. Dieser ganzheitliche Ansatz schließt den physischen, psychischen und spirituellen Bereich in die Pflege mit ein. Kranke Menschen leiden in den letzten Monaten, Wochen und Tagen ihres Lebens häufig unter Schmerzen und anderen körperlichen Symptomen, wie zum Beispiel Atemnot, Übelkeit und Erbrechen. Das Wissen um die Begrenztheit des Lebens, die Unsicherheit und die Angst vor dem Sterben – auch der fortschreitende Verlust von Selbstständigkeit – können das Erleben dieser Symptome verstärken. Für Pflegende bedeutet dies, Menschen zu begleiten, die sich in einer Phase ihrer Erkrankung befinden, in der „Heilung" im medizinischen Sinne nicht mehr erreicht werden kann. Somit ändert sich die Blickrichtung der Betroffenen und aller in diesem Bereich Tätigen, von Lebensquantität hin zu Lebensqualität.

Hierzu möchte ich Ihnen ein Beispiel geben: Für eine 58-jährige Patientin, die unter einem Lungentumor litt, bedeutete Lebensqualität, noch einmal ihre Enkelkinder bei sich übernachten zu lassen. Aufgrund ihrer weit vorangeschrittenen Krankheit war dies jedoch zu Hause nicht mehr möglich. So bereiteten wir den Kindern in ihrem Zimmer in der Klinik – auf einer Palliativstation – ein Matratzenlager. Sie verstarb drei

Tage später im Beisein ihrer beiden Töchter. Die meistgenannten Bedürfnisse Sterbender und ihrer Angehörigen sind, im Sterben nicht allein gelassen zu werden, sondern an einem vertrauten Ort, möglichst „zu Hause, im Kreise der Familie" zu sein. Und: im Sterben nicht unter starken körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel an Schmerzen, leiden zu müssen sowie die Regelung letzter Dinge, der „unerledigten Geschäfte" und das Stellen der Sinnfrage – nach dem Sinn des Lebens und des Sterbens – wie auch das Erörtern der Frage nach dem „Danach". Um individuellen Wünschen gerecht zu werden und diese in die pflegerische Arbeit zu integrieren, ist es neben einer fundierten Fort- und Weiterbildung in *Palliative Care* notwendig, sich dem Thema „Sterben, Tod und Trauer" zu stellen. Die pflegerischen Maßnahmen werden darauf abgestimmt, den Patienten so viel Geborgenheit, Sicherheit und persönliche Unabhängigkeit wie möglich zu gewährleisten. Hierzu bedarf es der Bereitschaft der Pflegenden, auch unkonventionelle, kreative und neue Wege zu gehen. Ich möchte Ihnen von einem 54-jährigen Patienten berichten, der an einem stark nässenden Tumor in der Steißbeingegend litt. Sein Hauptproblem war, nicht über längere Zeit stehen und gehen zu können, ohne dass Wundflüssigkeit an seinen Beinen hinunterrann. Mehrere Kollegen hatten bereits vergeblich versucht, eine Verbandstechnik zu finden, die dies verhinderte. Der Patient fühlte sich unsicher und war massiv in seiner Bewegungsmöglichkeit eingeschränkt. Die Idee, über den Verband Frischhaltefolie zu wickeln, ließ ihn zunächst zögern. Frischhaltefolie haftet gut und dichtet sehr gut ab. Der Patient war zwar zunächst misstrauisch und versuchte, 20 Minuten im Flur auf und ab zu gehen, bevor er seinen sehnlichsten Wunsch – für einige Stunden in die Stadt gehen zu können – tatsächlich in die Tat umsetzte.

Für Patienten, die aus dem klinischen Kontext wieder entlassen werden können, ist die Gestaltung eines reibungslosen Übergangs nach Hause oder in ein Pflegeheim wichtig. Dies erfordert kompetente Vorplanung, sehr gute Organisation, gelingende Kommunikation und selbstverständliche Vernetzung aller Beteiligten. Ein Grundsatz in der Pflege und Betreuung von Patienten lautet „ambulant vor stationär". Dies räumt den ambulanten Pflegediensten sowie den Palliativ-Beratungsdiensten notwendigerweise einen immer höheren Stellenwert ein. Sie pflegen und begleiten Patienten – eventuell zusammen mit den Angehörigen – oft über einen langen Zeitraum hinweg, in dem oft intensive Verbindungen entstehen. Die Stunden des Sterbens sind allerdings nicht vorhersehbar und so auch nicht in Dienstpläne einplanbar. Den ambulanten Pflegediensten wird die Zeit, die ein Mitarbeiter bei einem Sterbenden zubringt, ohnehin nicht vergütet. Viele Patienten wünschen sich jedoch genau dies: dass eine ihnen vertraute Person zugegen ist, die professionelle, pflegerische Sicherheit geben

kann. Lebens- und Sterbebegleitung fordert nicht nur das Engagement einzelner Pflegekräfte – sie erfordert neue Konzepte, wie sie vielerorts in ambulanten Pflegediensten und Sozialstationen bereits zur besseren Versorgung Schwerkranker und Sterbender etabliert werden. So ist es Pflegenden nach Absprache mit ihren Kollegen möglich, bei einem Sterbenden zu bleiben. Auch auf Stationen in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind solche Absprachen in den Teams umsetzbar. In den festgeschriebenen Leitlinien vieler Einrichtungen finden sich Erläuterungen zum Umgang mit dem Sterben. Werden diese umgesetzt, sind sie ein Versprechen für die Betroffenen und die Familien, und für alle Teammitglieder Orientierung und Wegweiser für detaillierte organisatorische Überlegungen und Vereinbarungen. Sie geben den Mitarbeitern die Sicherheit, für Sterbende und deren Familien da sein zu dürfen, weil es zur Kultur ihrer Einrichtung gehört. Um das Sterben würdig zu gestalten, bedarf es keiner besonderen Orte: Es ist im stationären wie auch im ambulanten Bereich möglich, einen verlässlichen, menschlichen, medizinisch sinnvollen und pflegerisch kompetenten Rahmen zu schaffen, der Individualität zulässt.

Wie sterben wir? Manchmal zu Hause, in Begleitung von Angehörigen, oder auch allein gelassen, häufig in Kliniken und Pflegeeinrichtungen, umgeben von der Hektik des Alltags. Immer noch zu oft werden Patienten dabei intensivmedizinisch behandelt – lebenserhaltend bis zum Tod. Wir brauchen Mut, um anzuerkennen und umzusetzen, dass das Sterben zum Leben gehört – dass die Begleitung Sterbender zur Profession von uns Pflegenden gehört. „Wie hältst du nur das viele Sterben aus?", fragte mich kürzlich eine Kollegin. „Und du?", fragte ich zurück. „Auf deiner Station sterben die Menschen doch auch – mit wem sprichst du darüber?" Wir haben in unserem Beruf noch keine Kultur entwickelt, mit dem Sterben umzugehen – über das Sterben zu sprechen. Über unsere Gefühle zu sprechen, darüber, dass wir berührt sind – angerührt – von der Lebens- und Leidensgeschichte der Menschen, die wir pflegen und bis zum Tod begleiten. Um miteinander ins Gespräch zu kommen, ist es notwendig, zuhören zu können. Ich möchte mit dem chinesischen Zeichen für „zuhören" schließen. Es setzt sich zusammen aus den Zeichen „Ohr", „du", „Augen" und steht für ungeteilte Aufmerksamkeit und Herz.

KARL FREIHALTER
Klinikpfarrer – Klinikum Augsburg

Perspektiven in der Begleitung Sterbender – die Perspektive der seelsorgerischen Sterbebegleitung

Ich möchte an dieser Stelle die These vertreten, dass wir über das Sterben noch ganz wenig wissen und dass wir noch viel weniger wissen über das konkrete Sterben eines einzelnen Menschen.

Beate Augustyn verdeutlicht dies am chinesischen Zeichen für „zuhören". Ich deute es wie folgt: Man kann einem Menschen nur dann wirklich zuhören, wenn man nicht schon vorher meint, genau zu wissen, was er sagen wird. Damit ich aber zuhören kann, muss ich eine Ahnung von dem haben, was ihn beschäftigt.

Wenn ich als Seelsorger zu einem Sterbenden gerufen werde, weiß ich nicht genau, was mich dort erwartet. In vielen Sterbebegleitungen habe ich erlebt, dass es zwar durchaus bekannte (und erforschte) Muster des Umgangs mit der Endlichkeit des Lebens gibt. Auch die Entwicklung der Palliativmedizin und der Hospizarbeit hat uns in dieser Hinsicht viele wichtige Erkenntnisse geschenkt. Aber die Erfahrungen des palliativmedizinischen Konsiliardienstes an unserem Klinikum in Augsburg zeigen, dass wir hier noch am Anfang stehen. Die größte Herausforderung besteht für mich darin, nicht mit einem vorgefertigten Konzept zu einem Menschen zu gehen, der in einer einzigartigen Ausnahmesituation seines Lebens steht.

Die Übergänge unseres Lebens sind stets neue Prozesse

Natürlich kann ich mich verlassen auf die Regeln der Kommunikation, auf hilfreiche Rituale und auf meine persönliche Hoffnung, dass im Sterben an sich etwas Wesentliches geschieht. Aber im Letzten sind und bleiben wir diesbezüglich immer Anfänger, weil sich jedes Mal ein neuer menschlicher Prozess des Werdens und Vergehens ereignet. In diesem Sterbeprozess wird dabei eine der großen Illusionen unseres Lebens in Frage gestellt – nämlich die, dass wir Menschen alles machen können.

Für mich ist es eine der fragwürdigen Erscheinungen unserer Zeit, dass einerseits überlegt wird, die Beendigung des Lebens selber in die Hand zu nehmen, und dass andererseits viel Kraft, Kompetenz und Wissen eingesetzt wird, um das Leben zu verlängern. Dies gehört sicherlich zu den großen Errungenschaften heutiger Medizin, kann aber auch dazu führen, dass Menschen nicht mehr sterben dürfen und um jeden Preis überleben müssen.

Wir Seelsorger sind natürlich genauso wie andere Berufsgruppen Menschen unserer Zeit. Auch wir müssen das Hinhören, Schauen und Fühlen lernen, um herauszufinden, was ein sterbender Mensch und seine Angehörigen wirklich brauchen.

Ein Beispiel aus dem seelsorgerischen Klinikalltag

Eine medizinische Intensivstation ruft mich nachts. Ein junger Mann fordert unmissverständlich, dass das Beatmungsgerät seiner Mutter abgeschaltet wird, und will dafür seelsorglichen Beistand. Vorausgegangen ist folgende Patientengeschichte: Eine 65-jährige Frau mit einer aggressiven Autoimmunerkrankung und einer daraus resultierenden fortschreitenden Schädigung der Nieren hat eine Patientenverfügung verfasst, mit dem klaren Hinweis, sie möchte nicht künstlich beatmet werden. Sie kommt mit einer behandelbaren Lungenentzündung als Folge ihrer immunsuppressiven Therapie in die Klinik. Wie es häufig geschieht, hat sie sich selbst mit der Bitte um Hilfe an den Notarzt gewandt und in der Klinik einer Behandlung und einer möglichen Beatmung ausdrücklich zugestimmt. Als beatmete Patientin entwickelt sie einen ausgeprägten Schlaganfall, der ein Weiterleben unmöglich macht.

In diesem Stadium fordert der Sohn das Abschalten des Beatmungsgerätes. Der behandelnde Stationsarzt ruft nachts den Oberarzt an. Dieser entscheidet: „Die Beatmung wird fortgesetzt. Wir können aktive Sterbehilfe nicht verantworten.“ Nach Gesprächen mit allen Beteiligten versuche ich zu vermitteln. Ich merke dabei nicht, wie sehr ich mich von der Frage des Beatmens oder Nichtbeatmens gefangen nehmen lasse. Sohn und Arzt reden aneinander vorbei. Der Sohn möchte seine Mutter „in Frieden sterben lassen“, aber er sagt, die Beatmung solle abgeschaltet werden. Der Arzt geht auf den Sterbeprozess der Patientin nicht ein, sondern verteidigt die medizinisch durchaus sinnvollen Maßnahmen der Klinik. Und ich als Pfarrer, beeindruckt von dieser Debatte, versuche einen gangbaren Mittelweg zu finden.

Alle drei übersehen wir die sterbende Frau, und dies geschieht oft: Viele andere Dinge nehmen uns so gefangen, dass wir das Eigentliche übersehen. Erst als mir dies

bewusst wird, gelingt es mir, den Sohn einzuladen, sich ans Bett seiner sterbenden Mutter zu setzen, sie anzureden, seine Gefühle auszusprechen und sie zu berühren. Langsam nähert er sich wieder seiner Mutter und spürt, dass es für ihn selbst hilfreich ist, ihr jetzt noch einmal nahe zu kommen, um sie dann erst in Frieden gehen zu lassen. In diesem Prozess wird ihm bewusst, dass seine Mutter eine gläubige Frau ist. Er erinnert sich an ihr Lieblingsgebet, und es war eine tiefe Erfahrung, mit ihm gemeinsam dieses Gebet zu sprechen.

Denn Leben und Sterben brauchen nicht nur Erklärungen, sondern Deutungen, Worte und Zeichen, in denen wir uns beheimatet fühlen können. Und schließlich war es noch wichtig, ein abschließendes Segensritual zu ermöglichen: Es war ein schlichtes Kreuzzeichen, das er und ich seiner Mutter auf die Stirn gezeichnet haben. Etwa zwei Stunden später stirbt die Frau in den Armen ihres Sohnes.

Daraus ergeben sich drei Schlussfolgerungen:

1. Auch wenn alle menschlichen Rettungsversuche erschöpft sind, braucht das Leben eine Würdigung. Sterben ist als sinnliches Erleben wertvoll. Häufig ist der Sterbeprozess, so schwierig er sich manchmal gestaltet, ein sinnlich fassbares Spiegelbild des Lebens, mit all seinen Höhen und Tiefen, Gefühlen und Stimmungen.
2. Trotz aller oft großen und wichtigen Erkenntnisse über das Verlöschen des Lebens bleibt die Gewissheit, dass nicht wir die Fachleute des Sterbens sind, sondern der sterbende Mensch selbst. Nur er verfügt über eine für ihn gültige Antwort. Unsere Aufgabe ist es, sie zu hören. Ich denke da gern an eine junge muslimische Frau, die wenige Tage vor ihrem Tod gesagt hat: „Ich bin mir sicher: Allah denkt an mich.“
3. Was wir heute brauchen, ist eine Spiritualität für alle, die Sterbende begleiten, eine Spiritualität, die Ehrfurcht und Offenheit für religiöse und geistliche Bedürfnisse wahrnimmt. Hier helfen freilich keine Formeln und vorschnellen, noch so gut gemeinten Antworten. Ein Mann, den ich gut kannte und der wusste, dass er sterben würde, hat mir dies deutlich gemacht mit seiner Frage: „Sag mir, was ist nach dem Tod? Aber sag mir nicht, was du gelernt hast, sondern was du wirklich glaubst.“

Ein wirkliches Annehmen des Sterbens – und was noch wichtiger ist, ein Angenommensein als Mensch, der stirbt – kann nur in einem gemeinsamen Prozess errungen werden. Nur wer mit beiden Füßen mitten im Leben steht, kann sich dieser Thematik nähern, die von tiefer existentieller Betroffenheit für jeden Menschen ist. In diesem Sinn ist für mich Sterben etwas „Heiliges“.

ARMIN NASSEHI
Professor für Soziologie – Ludwig-Maximilians-Universität München

Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses

Der Nationale Ethikrat hat mich gebeten, über „Formen der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses“ Auskunft zu geben. Zu den Formen der Vergesellschaftung des Sterbens gehört ohne Zweifel auch das, was auf dieser Tagung geschieht. Horizont der Tagung ist die Frage, ob sich angesichts des Wandels des Sterbens in unserer Gesellschaft politischer, rechtlicher und wissenschaftlicher Handlungsbedarf stellt. Auffallend an der öffentlichen Debatte über die Frage des Sterbens ist freilich, dass die öffentliche Rede über das Sterben und den Tod nicht das übliche Medium solcher Debatten in Anspruch nimmt, in denen es um politische und rechtliche Regulierungen geht. Das entscheidende Medium ist vielmehr die authentische Rede, das Zeugnis von Erfahrungen, die Darstellung einer Praxis, die vor allem dadurch lebt, dass der Darstellende darin praktisch und persönlich verwickelt ist. Und dies ist auch ein Hinweis darauf, dass selbst die professionelle Rede über Tod und Sterben durch persönliche Betroffenheit und individuelle Stellungnahme aufgeladen zu sein pflegt.

Das Sterben scheint in der Tat eine besondere Faszination zu entwickeln. Aus soziologischer Perspektive ist Sterben eine Kommunikationsform, die die selbstverständlich unterstellte Idealisierung der Kontinuität der Kommunikation in Frage stellt. Sterben erscheint aus soziologischer Perspektive weniger als ein körperlicher und psychischer Prozess, sondern als Kommunikation unter der Bedingung, dass die Kommunikationsfähigkeit des Sterbenden mit einem nahen Endlichkeitsindex versehen wird. Das scheint die Faszination des Sterbens auszumachen, das Interesse an letzten Worten, an der Klärung von Verhältnissen und an der Bedeutung der Bedeutungslosigkeit all dessen, was im weiteren Umkreis geschieht. Das Faszinierende des Sterbens besteht also darin, dass diese Kommunikation, weil sie die letzte sein könnte, auch als endgültige behandelt wird – und gerade in einer Gesellschaft, in der das Sterben letztlich vom Tod abgekoppelt wird, scheint sich dies noch zu radikalisieren. Vielleicht sind wir deshalb mehr von der ästhetischen und verklärenden

Figur der angeblichen sozialen Einbindung des Sterbens in die Familie in der traditionalen Welt fasziniert – wir kennen alle die Bilder des gelassen sterbenden Großvaters (Großmütter sind seltener) im Kreise seiner ebenso gelassenen Lieben. Dabei wird vergessen, dass die Gelassenheit des Sterbens, noch ganz ohne palliative Medizin, ohne Schmerzbehandlung und psychologische Begleitung, eher Ausdruck einer Einbettung des Todes als des Sterbens sein könnte – wenn denn das Bild der Gelassenheit nicht überhaupt nur eine wohlfeile Projektion ist. Jedenfalls ist dies der Horizont, in dem man eher die authentische Rede präferiert, selbst dort, wo sich Tätige, Professionelle, Forscher und Funktionäre treffen, um über den *casus* nachzudenken. Und wenn der Nationale Ethikrat am Ende einer Tagung über die Frage „Wie wir sterben" seinen anwesenden Mitgliedern Bekenntnisse darüber abverlangt, wie sie denn persönlich sterben wollen, knüpft das exakt an diese Kommunikationserwartung an, die offensichtlich ein Hinweis darauf ist, dass uns trotz aller professionellen Reflexion über das Sterben kaum eine andere Kommunikationsform zur Verfügung steht als die authentische Rede, der man nicht widersprechen kann. Ich kritisiere das nicht, sondern stelle es als soziologisches Datum fest.

Was heißt „Vergesellschaftung des Todes"?

Da sich eine soziologische Perspektive auf das Sterben ohnehin für die Folgen der Sterbesituation, der Erwartung des nahenden Todes und der Handlungen um dieses Geschehen herum interessiert, erscheint das Sterben aus einer solchen Perspektive stets als ein „vergesellschafteter" Vorgang. Zugleich ist freilich zu betonen, dass das Sterben stets und in jeder Gesellschaftsform eingebettet war in gesellschaftliche Routinen, und zwar in Routinen zentraler gesellschaftlicher Instanzen, ehedem religiöser, familiärer und ortsgebundener, heute medizinischer, rechtlicher und psychologisch-pädagogischer Instanzen.

Unter der „Vergesellschaftung des Todes" lässt sich zweierlei verstehen: zum einen die konkrete Praxis des Umgangs mit Sterbenden und die konkrete Empirie des Sterbeprozesses, zum anderen die Frage der gesellschaftlichen Reflexion, Bearbeitung, Kommentierung, Beurteilung und planenden Gestaltung des Sterbeprozesses. Was Ersteres angeht, so ist mit zu bedenken, dass es auch andere Todesarten gibt als diejenige, über die der Diskurs um Sterbehilfe und Sterbebegleitung meistens geführt wird. Nicht alle Sterbenden sind Tumorpatienten mit langen Krankheitsverläufen und absehbaren Verläufen des Sterbeprozesses. Gestorben wird auch erheblich „schneller", das heißt durch akute Krankheiten, Unfälle und andere plötzliche Verläufe. Auch diese Formen

sind in gesellschaftliche Routinen eingebettet, zumeist Routinen akuter medizinischer Behandlung. Diese Sterbeprozesse unterliegen gewissermaßen der Logik medizinischer Schnelligkeit. Hier haben wir es mit einem hochprofessionellen, hochtechnisierten und arbeitsteiligen Komplex zu tun, der insbesondere die Intention hat, Sterben zu verhindern. Die Notfallmedizin sieht sich gerade den Erwartungen ausgesetzt, die im Falle „langsamen" Sterbens eher das Problem als die Lösung sind. Hier haben wir es eher mit den Folgen medizinischer Möglichkeiten und neuen Bedürfnissen von Patienten zu tun, die auf zweierlei zurückzuführen sind: einerseits auf den technischen und therapeutischen Erfolg medizinischen Handelns, der auch schwerstkranken Patienten ein Leben im Vollbesitz der Möglichkeit konkreter Willensäußerungen belässt, andererseits auf exakt diese Willensäußerungen von Patienten. Es mutet fast paradox an, dass es unter anderem die Erfolge der Medizin sind, die erst jene Kommunikationsformen entstehen lassen, unter denen Sterbende als Sterbende nicht mehr nur passive Empfänger von Leistungen sind, sondern Kommunikationspartner, die an der kommunikativen Herstellung der Sterbesituation beteiligt sind.

Dies verweist auf die erwähnte zweite Dimension der Vergesellschaftung des Sterbeprozesses, nämlich auf die Frage der Reflexionsform, wenn man so will: der kommunikativen Bewältigung der Situation. Zunächst ist dabei zu betonen, dass das Sterben weder eine rein individuelle Angelegenheit ist noch ein verdrängter Topos. Zwar gehört es zum Grundinventar des bürgerlichen Selbstverständnisses in Literatur und Kunst, Philosophie und Religion, den Tod als individuellste aller individuellen Kategorien zu führen. Aber darin reflektiert sich nur jene soziale Erwartung, das konkrete Individuum als Subjekt seiner selbst zu konzipieren und vom Individuum eine Form der Lebensführung und Entscheidungen über biographische Zäsuren abzuverlangen, wie dies keine Gesellschaft vor uns kannte. Die „Individualisierung der Todeserfahrung" ist letztlich nur die andere Seite des modernen Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, das den Einzelnen einerseits aus starren Verhaltenserwartungen entlässt, damit aber die Idee der Verhaltenssteuerung in das Individuum hineinverlagert.[1] Es kommt also darauf an, die Individualisierung der Todeserfahrung als ein soziales Faktum anzuerkennen, als die spezifische Vergesellschaftungsform des Todes und des Sterbens unserer Zeit und unserer Breiten. Doch auch dies ist nur die halbe Wahrheit, denn trotz (oder wegen?) der Individualisierung der Todeserfahrung ist der Sterbeprozess selbst hochgradig integriert in organisierte

1 Vgl. dazu ausführlich A. Nassehi 2003, Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt am Main, S. 89 ff.

Instanzen der modernen Gesellschaft, insbesondere medizinische und pflegerische Instanzen, kontrolliert durch rechtliche Regulierung, stets im Horizont politischer Gestaltungsnotwendigkeit.

Exakt dies ist damit gemeint, wenn ich behaupte, dass das Sterben und der Tod in der modernen Gesellschaft keineswegs zu den verdrängten oder tabuisierten Topoi gehören, zumindest nicht in dem Sinn, in dem dies üblicherweise behauptet wird. Selbstverständlich verfügt die moderne Gesellschaft nicht mehr über ein kollektiv geteiltes Todesbild, aber von Kommunikationslosigkeit angesichts des Todes kann tatsächlich keine Rede sein – und im Hinblick auf das Sterben schon gar nicht. Dass Routinen und Selbstverständlichkeiten der gesellschaftlichen Gestaltung von Sterben, Tod und Trauer in der modernen Gesellschaft einer anderen Logik folgen als in früheren Gesellschaften, kann freilich nur den verwundern, der auch in der modernen Gesellschaft eine überwölbende Sinnwelt für alle und alles erwartet – eine Erwartung, die womöglich selbst wiederum einer Projektion früheren Gesellschaften gegenüber entstammt.[2] Genau besehen jedenfalls stellt sich die Thematisierung des Todes auch in der modernen Gesellschaft als geradezu geschwätzig heraus.[3]

Professionalisierung des Sterbeprozesses

Zur Vergesellschaftung des Sterbeprozesses gehören seine Gestaltung und Überwachung durch professionelle Instanzen. Und genau besehen handelt es sich bei diesen Instanzen um die Nachkommen jener klassischen Professionen, die sich im Laufe des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses herausdifferenziert haben, um Grundkonflikte des Menschen zu lösen – und zwar Grundkonflikte, die sich einem zunehmend individualisierten Personentypus nicht mehr als bloße Ordnungsfragen stellen wie in der traditionalen Welt, sondern als Frage nach dem richtigen Handeln unter dem Eindruck mannigfaltiger Verhaltensalternativen. In dieser frühmodernen gesellschaftlichen Gemengelage waren es diese zentralen Positionen der bürgerlichen Gesellschaft, an deren Verhaltensstandards beziehungsweise Expertenschaft sich individuelle Lebensführung vernünftig ausrichten konnte. Gemeint sind Figuren wie der Arzt, der Priester oder der Jurist, zum Teil auch Professoren und Lehrer, allesamt Figuren, deren

2 Vgl. dazu ausführlich A. Nassehi 2003, Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt am Main, und G. Weber 1989, Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung, Opladen. Wiewohl hier noch der Verdrängungsbegriff geführt wird, ist damit gerade nicht das gemeint, was als kulturkritische Verdrängungs- und Tabuisierungsthese firmiert.

3 Vgl. dazu A. Nassehi 2004, „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen." Über die Geschwätzigkeit des Todes in unserer Zeit, in: K. P. Liessmann (Hrsg.), Ruhm, Tod und Unsterblichkeit. Über den Umgang mit der Endlichkeit, Wien, S. 118–145.

„Vernünftigkeit" sich vor allem in dem Anspruch zeigte, Allgemeinheiten behaupten zu können, advokatorisch zu reden und unwidersprochen zu entscheiden.

„Sie können offen mit mir reden, ich bin Arzt!" Man kennt diesen Satz inzwischen als Parodie, als ironischen Hinweis darauf, dass dieses Angebot womöglich nicht mehr eine Lösung darstellt, sondern ein Problem. Eine Lösung war der Satz, solange die medizinische Praxis sich auf die Definitionsmacht ärztlicher Expertenschaft verlassen konnte. Nicht ohne Grund gelten gerade ärztliche Experten als Prototypen jener klassischen Professionellen, die die Möglichkeit haben, mit großer Wirksamkeit, erheblichem Prestige, dem Recht auf asymmetrische Gesprächspositionen und nicht zuletzt mit wenig Widerspruchsrisiko die existentiellen Grundprobleme und -konflikte des Menschen zu behandeln: Der Priester ist zuständig für den Grundkonflikt zwischen immanenter Endlichkeit und transzendentem Ewigkeitsversprechen, der Jurist vermittelt in innerweltlichen Konflikten und wird durch das Rechtswesen mit einer Unparteilichkeit ausgestattet, die für eine übergreifende Rechtsordnung Partei ergreift, und der Arzt bearbeitet das Grundproblem der physischen und psychischen Integrität. Die enorme normative Macht dieser Professionellen hat nichts weniger mit hervorgebracht als den modernen, selbstverantwortlichen, selbstkontrollierten und sich der „Vernunft" unterwerfenden Menschen, dessen Freiheit vermittelt werden konnte mit der Einsicht in die Notwendigkeit einer angemessenen, sittlichen Lebensführung. Nicht umsonst umgaben sich diese professionellen Positionen mit hohen moralischen Standards, mit einem Habitus des Unnahbaren und mit einer Kommunikationsform, die auch in den beiden anderen Fällen eher den Stil von Verkündigungen annahm.

Diese Konstellation hat sich radikal geändert. Expertenschaft und Professionalität scheinen merkwürdigerweise umgekehrt proportional zur Leistungsfähigkeit und Effizienz ihrer Tätigkeiten in Gefahr zu geraten – und das nicht, wie man erwarten könnte, nur aufgrund einer Kritik am Habitus dieser „alten" Professionen. Am sinnfälligsten wird das im medizinischen Bereich. Es ist der Fortschritt der Medizin und der Biowissenschaften selbst, der für Entscheidungslagen gesorgt hat, die sich ihren eigenen Wissensroutinen entziehen. Deutlich wird das vor allem an Problemen, die gerade den exklusiven Charakter der klassischen Position des Arztes ausgemacht haben, an den Problemen der Integrität der menschlichen Existenz selbst: Todeszeitbestimmung, Behandlungsabbruch, Gentechnik, Präimplantationsdiagnostik, Sterbehilfe, Schwangerschaftsabbruch. Schon die Aufzählung dieser Themen zeigt, wie sehr diese Fragen sich auch empirisch dem Zugriff ärztlicher Definitionskompetenz

entziehen. Es sind all dies Themen der öffentlichen politischen Debatte der letzten Jahre – und diese Debatten werden eher zunehmen. Also gerade die Themen, die einst die klassische Professionalität des Mediziners herausgefordert haben, machen heute darauf aufmerksam, dass der Hinweis auf die Asymmetrie der Verhältnisse zwischen medizinischen Experten und Laien sozial nicht mehr funktioniert. Folgerichtig hat sich die Bearbeitung solcher Fragen vom genuin medizinischen auf ein anderes Feld verlagert: auf das Feld der Ethik nämlich, die weiland noch aufgehoben war in der Position des professionellen Experten selbst und nun ein eigener Diskurs wird.

Es fällt auf, dass der Diskurs über das Sterben nach wie vor ein medizinischer, ein juristischer, ein religiöser Diskurs ist. Was sich aber radikal gewandelt hat, ist die Tatsache, dass sich die Asymmetrie zwischen solchen Akteuren und ihren Klienten heute anders darstellt. Der Diskurs über die Frage, wie wir sterben, ist zwar ein Expertendiskurs, ein professioneller Diskurs, aber nicht mehr dieser ist es, der den Willen und die Entscheidungen der Klientel hervorbringt, sondern der Diskurs soll sich nun selbst diesem Willen unterwerfen. Insofern ist der neue Diskurs über das Sterben ein Diskurs über den Willen, über die Autonomie, über die Selbstbestimmung des Sterbenden. Um nicht falsch verstanden zu werden: Ich behaupte nicht, dass es zuvor keinen Willen gegeben habe, keinen Wunsch nach Autonomie und Selbstbestimmung, aber all dies lief letztlich mit der Asymmetrie zwischen Professionellem und Klient mit. Der individuelle Wille glich eher – nach dem klassischen bürgerlichen Selbstverständnis in einer hegelschen Formulierung – der Einsicht in die Notwendigkeit, mit der Betonung auf Einsicht, denn die Notwendigkeit ließ sich professionell vergleichsweise widerspruchsfrei darstellen. Nun ist es eher die Notwendigkeit, die kontingent wird. Professionelle Akteure sind immer weniger in der Lage, jene Maßstäbe zu repräsentieren, die die Praxis anleiten könnten, und so kapriziert sich der gesamte Diskurs auf den Willen, auf die Autonomie, auf die Selbstbestimmung des Sterbenden, der selbst in die Lage versetzt werden soll, seine Ansprüche geltend zu machen.

Das mutet insofern paradox an, als es sich gerade beim erwarteten Sterben um den Verlust jeglicher Selbstbestimmung und Autonomie handelt. Insofern ist es kein Zufall, dass gerade der ethische Diskurs mit geradezu unrealistischen Unterstellungen über die Selbsttransparenz und Autonomie des Sterbenden arbeitet; er soll suggerieren, dass man die nun kontingent gewordene Situation als Problem einer angemessenen transparenten Kommunikation zwischen Partnern auf gleicher Augenhöhe modelliert. So sehr sich damit verallgemeinerungsfähige Sätze und normative Appelle an die Verantwortung des Arztes formulieren lassen, so weit ist dies von der empirischen Realität einer Praxis entfernt, deren Problem angesichts des Sterbeprozesses gerade darin besteht, dass wir es mit einer erheblich komplexeren Sprechsituation zu tun haben, als sich das aus der Perspektive einer Disziplin darstellt, deren Möglichkeiten nicht durch klinische Praxis, sondern nur durch die Konsistenzzwänge der akademischen Rede eingeschränkt werden. Sosehr die akademische Ethik bisweilen die Position des klassischen Professionellen einholen soll, sowenig kann es ihr als bloß wissenschaftlicher Praxis gelingen, andere als wissenschaftliche Probleme zu lösen.[4]

Um wiederum nicht falsch verstanden zu werden: Nichts spricht gegen eine solche ethische Reflexion, aber die empirische Beantwortung der Frage, wie wir sterben, muss sich eher an jener Praxis orientieren, die weniger durch die Normativität ethischer Appelle konditioniert wird als durch die Logik der Praxis selbst. Und die Vergesellschaftung des Todes in der modernen Gesellschaft folgt in erster Linie der Logik von Organisationen.

Sterben als Organisationspraxis

Die Praxis des heutigen Sterbens wird im öffentlichen Diskurs gern am verklärenden Bild einer Vergangenheit gemessen, in die all das hineinprojiziert wird, was man als Verlusterfahrung empfindet: eine pralle Alltagspraxis, in der auch das Sterben aufgehoben wird. Bisweilen scheint die Ästhetisierung dieser Praxis den Eindruck zu vermitteln, als hätte das Sterben in früheren Zeiten erstens tatsächlich immer jene gelassene und familiäre Form gehabt und als wäre zweitens das Sterben in früheren Zeiten weniger schrecklich und unangenehm gewesen. Ohne Zweifel war das Sterben in früheren Zeiten sichtbarer, schon weil es keine externen Instanzen und Berufsgruppen gab, die damit befasst waren. Das eigentlich Besondere des Sterbens in den eigenen Alltagszusammenhängen trat in früheren Zeiten aber schon deswegen nicht hervor, weil es dazu letztlich keine Alternative gab. Insofern besteht der eigentliche Unterschied des Sterbens zu vormodernen Formen weniger darin, dass es nun an anderen Orten oder mit anderen Personen stattfindet. Das völlig Neue besteht vielmehr darin, dass der Sterbeprozess in unserer Zeit weitgehend vom Tod abgekoppelt worden ist. Das heißt nicht, dass Sterben in der Gegenwart nicht zum Tode führt, aber die Praxis des Sterbens beziehungsweise seine professionelle Begleitung ist

4 Zum Problem der Grenzen ethischer Kommunikation als wissenschaftlichen Diskurses vgl. A. Nassehi 2003, Geschlossenheit und Offenheit. Studien zur Theorie der modernen Gesellschaft, Frankfurt am Main, S. 258 ff. und 310 ff.

weitgehend von der Frage abgekoppelt, was der Tod als Tod bedeutet, wie sich jener Nichtzustand denken lässt, wie sich der Tod sinnhaft darstellen lässt. In früheren Zeiten war das gute Sterben untrennbar mit der Idee des guten Todes verbunden, das heißt, das Sterben hatte sich letztlich an der Frage zu bewähren, inwieweit die unerfahrbare Realität des Todes eine Sinngebung erfahren konnte. Semantisch stand eher die Angst vor dem Tod beziehungsweise vor den Konsequenzen im Tode im Vordergrund, weniger das Sterben selbst. Die heutige Konstellation dagegen hat ihre Aufmerksamkeit eher auf Derivate dieser Todesangst gelegt. Die Ängste gelten nun dem Sterbeprozess selbst, möglichen Schmerzen oder Kontrollverlusten, befürchteter Fehl- oder Übertherapierung etc., nicht dem Tod als solchem.

Das bedeutet nicht, wir Heutigen hätten empirisch keine Angst vor dem Tod. Der entscheidende Punkt des Arguments ist vielmehr, dass sich die diskursive Vergesellschaftung des Sterbens von der Frage nach der Sinngebung des Todes und seiner Thematisierung abgekoppelt hat. Es geht um die medizinische Verringerung von Schmerzen und Leiden, um die psychologische und pädagogische Domestizierung der Angst, um die juristische Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Zurechenbarkeiten und nicht zuletzt um die ethische Reflexion praktischer Folgen. Aber der Tod als solcher spielt in diesen Diskursen letztlich keine Rolle.[5] Insofern kommt dem Sterbeprozess selbst in unserer Zeit eine eigene Realität zu, eine Realität, die er zuvor nicht hatte.

Das wird hier im Übrigen weder beklagt noch gefeiert, sondern lediglich festgestellt. Und es dient dazu, genauer zu bestimmen, worüber eigentlich debattiert wird, wenn von der Vergesellschaftung des Sterbens die Rede ist. Es geht explizit nicht um eine Sinngebung des Todes oder gar um den Versuch, einen öffentlich wirksamen und kollektiv bindenden Diskurs über die Endlichkeit des Menschen schlechthin zu führen, sondern nur um die Reflexion der Praxis des Sterbens.

Diese Praxis ist eine Organisationspraxis, und der Diskurs beschäftigt sich mit der Frage der Implementation von Organisationspraxen in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Palliativstationen, Hospizen und anderen Einrichtungen zur Betreuung Sterbender. Die eigentliche Vergesellschaftung des Sterbens in der modernen Gesellschaft scheint also das zu sein, was sich in Organisationsroutinen übersetzen lässt.

5 Womöglich kündigt sich mit der „genetischen" Revolution ein völlig neues Todesbild an, das die Erlösung nicht im Tode selbst, sondern in der Geburt lokalisiert. Vgl. dazu A. Nassehi 2003, Geklonte Debatten. Über die Zeichenparadoxie der menschlichen (Körper-) Natur, die Theologie des Humangenoms und die Ästhetik seiner Erscheinung, in: O. Jahraus/N. Ort (Hrsg.), Theorie – Prozess – Selbstreferenz. Systemtheorie und transdisziplinäre Theoriebildung, Konstanz, S. 219–238.

Aus soziologischer Perspektive sind Organisationen soziale Gebilde, in denen Muster auf Dauer gestellt werden, in denen die Inklusion von Personen abstrakten Entscheidungen folgt. Organisationen dienen letztlich der Domestikation einer „wilden" Praxis zugunsten auf Dauer angelegter Muster. Sie stellen dort Ordnung, Stabilität und Wiederholbarkeit her, wo man ohne Organisationsbildung jeden Schritt in unmittelbarer Interaktion unter Anwesenden immer wieder neu herstellen müsste. Organisationen dienen der modernen Gesellschaft mit ihrem erheblichen Pluralismus, mit ihrer Entkoppelung ökonomischer, politischer, wissenschaftlicher und religiöser Prozesse dazu, Zonen dichter Kommunikation herzustellen und soziale Prozesse zu formalisieren. Organisationen institutionalisieren Muster und Entscheidungsalgorithmen und streben gewissermaßen von selbst dazu, sich für Umwelteinflüsse weniger irritierbar zu machen, als wenn es diese Muster nicht gäbe.[6]

Die entscheidende „Form der Vergesellschaftung des Todes" besteht also in der modernen Gesellschaft darin, den Sterbeprozess als Teil von Organisationen darstellbar zu machen und neue Routinen zu entwickeln, diese „neue Realität" angemessen zu behandeln. Aber: Worin besteht die Angemessenheit? Exakt hier liegt das entscheidende Problem. Gerade der Sterbeprozess, der heute aufgrund der Erfolge medizinischer Möglichkeiten darauf angewiesen ist, in hochkomplexen Organisationskontexten bearbeitet zu werden, scheint sich nur sehr begrenzt organisationsfähig zu zeigen. Die Paradoxie dieser Konstellation lässt sich daran ablesen, dass das entscheidende Muster darin besteht, Patientenautonomie, Patientenwille und Selbstbestimmung institutionalisieren zu wollen. Wie der gesamte Diskurs darum kreist – die philosophische Bestimmung des Sterbenden als eines Menschen mit Ansprüchen, die ethische Bestimmung des handelnden Subjekts, die rechtliche Bestimmung zurechnungsfähiger Adressaten, die Bestimmung des Objekts pflegerischer und medizinischer Handlungen –, setzt auch die Organisationspraxis des Sterbens jene autonome Person voraus. Das Problem freilich scheint darin zu bestehen, dass sich gerade in der Ausnahmesituation des Sterbeprozesses jene Autonomie des Handelns und jene gleiche Augenhöhe in der Kommunikation kaum herstellen lässt. Nicht umsonst dominieren im Diskurs dann kritische Stimmen über die unpersönliche Medizin, und nicht umsonst sind es kreative Praxisformen, in denen sich neue Lösungen zeigen. Die besondere Herausforderung scheint darin zu liegen, dass die Organisation des Sterbeprozesses bisweilen die Organisation

6 Zum Gesamtkomplex vgl. A. Nassehi 2002, Die Organisationen der Gesellschaft. Skizze einer Organisationssoziologie in gesellschaftstheoretischer Absicht, in: J. Allmendinger/T. Hinz (Hrsg.), Organisationssoziologie (Sonderheft 42 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie), Opladen, S. 443–478.

des Unorganisierbaren erfordert. Vielleicht lässt sich die Frage der angemessenen Sterbepraxis deshalb fast nur in authentischen Praxisberichten, in erfahrungsgesättigten Sprachformen und in Form persönlicher Betroffenheit darstellen.

Dennoch bleibt auch all dies immer noch Organisationspraxis – und Organisationspraxen sind geradezu darauf angewiesen, sich mit Hilfe normativer Verhaltens- und Handlungsmuster zu stabilisieren. Deutlich beobachten lässt sich das etwa an der Selbstreflexion von Hospizen. Oft sind hier hohe und rigide normative Vorgaben über das angemessene Sterben anzutreffen. Es gilt als ausgemacht, dass der Mensch im bürgerlichen Sinne Lebensbilanzen ziehen muss. Angemessenes Sterben wird also nicht mehr an einen guten Tod gebunden, sondern an ein gutes Leben, an den Konsistenzzwang einer ethisch aufgeladenen Praxis, die die Theodizee des Todes durch die Theodizee des Lebens ersetzt.

All das sollte nicht als Argument gegen die Praxis etwa von Hospizen gelesen werden – mitnichten! Aber es weist auf die Paradoxie hin, dass es gerade die professionellen Kontexte sind, die das sterbende Subjekt mit erzeugen, selbst wenn man sich von den rigiden Sterbeanleitungen verabschiedet hat, wie sie vor Jahrzehnten von der Pionierin des Diskurses, Elisabeth Kübler-Ross, vertreten wurden. Nicht zu überhören ist jedenfalls ein beginnender kritischer Diskurs darüber, dass nun die frühere Medikalisierung des Sterbens durch seine Pädagogisierung und Psychologisierung ersetzt wird.

Die Wiederkehr des Religiösen

Um es allzu technisch auszudrücken: Gerade im Hinblick auf die Kommunikation mit Sterbenden ist der technologische Vorteil religiöser Kommunikation von zunehmender Bedeutung. Religiöse Kommunikation zeichnet sich keineswegs dadurch aus, auf religiöse, konfessionelle, sinnstiftende Inhalte Bezug zu nehmen. Religiöse Kommunikation nimmt vielmehr die Möglichkeit in Anspruch, das Unvertraute zu kommunizieren, die Unbestimmtheit der Welt zu bestimmen, ohne dies in konkrete „Lösungen“ einbinden zu müssen – es sei denn, in der Unbestimmtheit die Lösung zu sehen. Die Überlegenheit religiöser Kommunikation scheint darin zu bestehen, mit ihrer Unabschließbarkeit umgehen zu können – und wo dies gelingt, kann dann sogar auf abschließbare Inhalte verzichtet werden.[7] So erweist sich gerade angesichts eines weltanschaulichen Pluralismus in der modernen Gesellschaft der „kommunikationstechnische“ Effekt religiöser Kommunikation als das Medium, in dem sich die unorganisierbare Organisationspraxis noch am ehesten in Organisationen darstellen lässt. Das erklärt auch die besondere Relevanz von Theologen und religiösen Praktikern im Diskurs um die Frage der angemessenen Sterbepraxis – selbst wenn es nicht um eine Praxis des guten Todes, sondern „nur“ um die des guten Sterbens geht.

Der Wille des Sterbenden und die Asymmetrie der Situation

Die Frage, wie wir sterben, verweist darauf, wie der Sterbeprozess tatsächlich durch Organisationen und professionelle Normierungen vergesellschaftet wird – im Übrigen: nicht gegen den Willen des Sterbenden, sondern mit ihm. Zumeist tun wir so, als sei der Wille so etwas wie eine vorsoziale Voraussetzung, eine Art Anthropologikum, mit dem Individuen ausgestattet sind. Vergessen wird dabei, dass die Idee des autonomen Willens das Ergebnis eines historischen Prozesses ist, an dem vor allem sogenannte autoritative Sprecherpositionen beteiligt waren. Die klassischen Professionellen – Ärzte, Juristen, Geistliche – waren mit solchen Sprecherpositionen ausgestattet, die ihren Klienten nicht schlicht vorgeschrieben haben, was sie zu tun haben, sondern ihnen jene inneren Antriebe einpflanzen konnten, die wir heute als Wille kennen – eine Form der Selbstkontrolle, die den Einzelnen wollen lässt, was er soll. Man sollte die Idee des freien Willens also weniger an den Selbstbeschreibungen autonomer Handlungsmodelle verdeutlichen, als vielmehr den erheblichen selbstdisziplinierenden historischen Vorgang betrachten, in dem aus Empfängern von Anweisungen Subjekte wurden – Unterworfene unter eine Vernunftidee, die die Freiheit des Willens mit der Vernünftigkeit des Sollens verband.

Gerade daran, wie wir sterben (sollen), kann man heute „Subjektivierungsstrategien“ erkennen, die Domestikation eines Prozesses nämlich, der sich einem kontrollierenden Zugriff letztlich entzieht. Deshalb bleibt im Hinblick auf politische Forderungen auch kaum mehr zu sagen, als für mehr palliative Betreuungsformen einzutreten und Räume entstehen zu lassen, in denen Sterbende sterben können – mit möglichst wenig Schmerzen und unter Bedingungen auf der Höhe der technischen Möglichkeiten. Vielleicht gelingt uns eine angemessene Praxis des Sterbens erst dann, wenn die Bemühungen um den Sterbenden, über angemessenes Sterben, über angeblich notwendige Formen der Kommunikation etc. möglichst gering gehalten werden.

Das setzt gerade bei den professionellen Gruppen im Umgang mit Sterbenden voraus, die unausweichliche Asymmetrie ihres Verhältnisses anzuerkennen. Denn das ständige

7 Vgl. dazu die Befunde einer empirischen Untersuchung von Klinikseelsorgern: A. Nassehi/I. Saake 2004, Die Religiosität religiöser Erfahrung. Ein systemtheoretischer Kommentar zum religionssoziologischen Subjektivismus, in: Pastoraltheologie. Monatsschrift für Wissenschaft und Praxis in Kirche und Gesellschaft 93, 3, S. 64–81.

Bestehen auf dem Willen des Sterbenden zehrt von zwei Illusionen: einerseits von der tatsächlichen Kontrollierbarkeit des Geschehens, andererseits von der Herstellbarkeit von Sprechsituationen, in denen der Sterbende seiner prekären Lage selbstdistanzierend entkommen kann. Die empirische Realität der Kommunikation mit Sterbenden ist eben die, dass Selbstdistanzierungspotentiale – für alle Beteiligten – nicht in der gleichen Weise möglich sind wie in anderen, weniger prekären Situationen. Es ist zu einfach gedacht, nur darauf zu pochen, dass sich in der komplexen, von partiellem Nicht-Wissen, Intransparenz, Nicht-wissen-Wollen und gegenseitigen Ängsten geprägten Lage eine Situation herstellen ließe, in der sich der Wille der Beteiligten schlicht kommunizieren ließe. Eine solche Erwartung mag zur Modellierung ethischer Konstruktionen taugen, mit der Praxis hat sie wenig zu tun. Etwa das aktuell modische Programm des *shared-decision-making* in der Medizin zeigt, wie wenig die prinzipielle und bisweilen unsichtbare Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses durchschaut wird. Das ist kein Plädoyer für autoritäre Asymmetrien, sondern dafür, das asymmetrisch gebaute *setting* anzuerkennen, wie es zwischen Sterbenden und Professionellen schon *per definitionem* herrscht. Bewähren können sich neue Praxisformen dann nur an sich selbst, nicht aber an der Ideologie einer unterstellten Transparenz der Situation, die so tut, als könnten die beteiligten Akteure sich schlicht für diese Form der geforderten Offenheit entscheiden. An der Asymmetrie kommt man nicht vorbei – und deshalb ist mit ihr zu rechnen.

Wie sterben wir? Nicht selbstbestimmt, auch nicht autonom. Das ist die eigentliche Herausforderung für professionelle Praxis, die sich weder durch ethische Reflexion noch durch normativ aufgeladene Appelle wegdomestizieren lässt. Denn auch das organisierte Sterben bleibt zunächst dies: Sterben. Und das scheint doch die Asymmetrie schlechthin darzustellen.

DIETMAR VON DER PFORDTEN
Professor für Rechts- und Sozialphilosophie – Georg-August-Universität Göttingen

Ethische Aspekte des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens

Das Thema legt eine Behandlung in drei Schritten vom Abstrakteren zum Konkreteren nahe. Zunächst wird das ethische Grundverhältnis zwischen Menschen im Allgemeinen analysiert, das Ergebnis dann am Arzt-Patient-Verhältnis konkretisiert, und schließlich wird in einem weiteren Konkretisierungsschritt das Spezifikum des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens beleuchtet. Den Abschluss bildet eine kurze Auseinandersetzung mit einem einzelnen Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens: der Frage der Sterbehilfe.

Wesentliche Aspekte des ethischen Grundverhältnisses zwischen Menschen

Das ethische Grundverhältnis zwischen Menschen ist durch zwei zentrale Prinzipien geprägt: Symmetrie auf der einen Seite und normativer Humanismus (andere Bezeichnungen sind normativer Individualismus, Personalismus, Subjektivismus) beziehungsweise Autonomie oder Selbstbestimmung auf der anderen Seite.

Symmetrie bedeutet, dass die in einer fraglichen Situation betroffenen Menschen wechselseitig grundsätzlich gleich sind, und zwar in zweifacher Hinsicht: als moralisch Handelnde und als von der Handlung des anderen Betroffene. Oder abstrakter ausgedrückt: Die Menschen sind zum einen aktiv wechselseitig in gleicher Weise füreinander verantwortlich (sie sind sogenannte *moral agents*) und verdienen zum anderen passiv in gleicher Weise durch den jeweils anderen Berücksichtigung (sie sind sogenannte *moral patients*). Keiner hat einen grundsätzlich herausgehobenen Status. In der Abwägung von Wünschen, Bedürfnissen, Belangen und Interessen ist jeder gleich zu berücksichtigen. Und auch sein Wissen, das diesen aktiven wie passiven Aspekten der Verantwortung und Berücksichtigung zugrunde liegt, wird prinzipiell als gleich angenommen, obwohl es in der Realität natürlich divergiert.

Normativer Humanismus, Individualismus, Personalismus oder Autonomie, also das zweite Prinzip, bedeutet, dass jeder Mensch als einzeln zu achtendes Humanum beziehungsweise Individuum zählt. Keiner darf zum Mittel für andere gemacht werden. Seine Wünsche und Bedürfnisse sind zu berücksichtigen. Der utilitaristische Maximierungskalkül der größten Glückssumme darf nicht angewandt werden – jedenfalls dann nicht, wenn es um konkrete und grundsätzliche Entscheidungen mit Auswirkungen für einzelne individualisierte Menschen geht, also etwa um Leben gegen Leben oder körperliche Unversehrtheit gegen körperliche Unversehrtheit.[1] Wir dürfen etwa keinen Menschen opfern, um mehrere andere Menschen durch eine Organspende zu retten. Dies entspricht in etwa dem im Nationalen Ethikrat von Volker Gerhardt[2] und allgemein häufig in der Medizinethik[3] vertretenen Grundsatz der Selbstbestimmung. Ich spreche dabei allerdings lieber von normativem Individualismus oder Humanismus.[4] Dieser Terminus ist zum einen etwas weiter und umfasst auch Aspekte wie die menschliche Würde. Er unterstreicht zum anderen das zentrale normative Moment dieser ethischen Position gegenüber bloßen faktisch-anthropologischen Beschreibungen. Eine faktisch-mentale Verengung wird dadurch vermieden.

Beide Prinzipien, normativer Individualismus beziehungsweise Selbstbestimmung und Symmetrie, haben sowohl eine faktische als auch eine normative Dimension. Das bedeutet: Selbstbestimmung und Symmetrie bestehen jeweils auch faktisch und können somit faktisch eingeschränkt werden. Aber die faktische Einschränkung verringert natürlich die normative Verpflichtungskraft der Prinzipien nicht, sondern lässt diese normative Verpflichtungskraft vielmehr erst praktisch werden. Wer einen anderen etwa in seiner faktischen Selbstbestimmung einschränkt, kann dadurch die normative Anforderung der Selbstbestimmung beziehungsweise des normativen Individualismus nicht einschränken oder gar zur Gänze aufheben.

Beide Prinzipien, Symmetrie und normativer Individualismus beziehungsweise Selbstbestimmung, hängen überdies zusammen, wobei das letztere Prinzip des normativen Individualismus beziehungsweise der Selbstbestimmung das grundlegendere ist. Weil

1 Ein beschränktes Recht gewinnen Maximierungsüberlegungen nur in der politischen Ethik, wenn einzelne Menschen nicht unmittelbar betroffen sind. Vgl. D. von der Pfordten 2001, Rechtsethik, München, S. 463 ff. Vgl. auch R. E. Goodin 2005, Utilitarianism as a Public Philosophy, Cambridge/Mass.
2 V. Gerhardt 1999, Selbstbestimmung, Stuttgart. Vgl. auch das Protokoll der öffentlichen Sitzung des Nationalen Ethikrates vom 24. Juli 2003.
3 T. L. Beauchamp/J. F. Childress 2001, Principles of Biomedical Ethics, 5th edition, Oxford, S. 57 ff.
4 D. von der Pfordten 2004, Normativer Individualismus, in: Zeitschrift für philosophische Forschung 58, S. 321–346; ders. 1996, Ökologische Ethik, Reinbek, S. 203 ff.; ders. 2001, Rechtsethik, S. 229 ff.

jeder Einzelne zu berücksichtigen ist, ist jeder gleich zu berücksichtigen und verantwortlich. Eine Folge dieses etwas divergenten Status der beiden Prinzipien, die das ethische Grundverhältnis prägen, ist, dass die Symmetrie leichter und in ethisch nicht zu beanstandender Weise, weil einfach aus der Natur der Sache fließend, faktisch verändert sein kann, während dies für den normativen Status, der aus dem normativen Individualismus erwächst, nicht gilt. Man denke nur zum Beispiel an die ethische Behandlung von Neugeborenen oder Bewusstlosen, die keinen Status als ethisch Verantwortliche und kein eigenes Wissen haben. Trotzdem verdienen sie grundsätzlich ebenso ethische Berücksichtigung wie ein erwachsener Mensch. Die faktische Asymmetrie, die in verschiedenen Situationen eintreten oder bestehen kann, darf also nichts Grundsätzliches an der gleichen normativen Berücksichtigung ändern. Sie erzeugt vielmehr spezielle Pflichten, die faktische Asymmetrie möglichst zu verringern, also spezielle Verantwortungspflichten, etwa den mutmaßlichen Willen und die Interessen eines Neugeborenen oder Bewusstlosen zu eruieren etc. Eine derartige Asymmetrie und folglich spezielle Verantwortungspflichten kennzeichnen nun auch das Arzt-Patient-Verhältnis.

Das Arzt-Patient-Verhältnis

Das Arzt-Patient-Verhältnis ist wesentlich durch eine Einschränkung und Veränderung der Symmetrie des ethischen Grundverhältnisses bestimmt.[5] Der Arzt besitzt überlegenes Wissen im Hinblick auf die generelle und spezielle medizinische Beurteilung. Er kann in weitem Maße die Situation definieren. Und der Arzt ist der Handelnde, während der Patient, zumindest im unmittelbaren Arzt-Patient-Verhältnis, regelmäßig nur der passiv Betroffene ist. Oder in soziologischen Begriffen ausgedrückt: Der Arzt hat Experten-, Definitions- und Handlungsmacht.[6] Nur in einer – allerdings nicht unwesentlichen – Hinsicht ist das Wissen des Patienten demjenigen des Arztes überlegen: Nur der Patient weiß subjektiv um seinen eigenen Zustand. Nur der Patient spürt den Schmerz. Und es gilt: Nur der Patient muss schließlich die Konsequenzen der Krankheit und der ärztlichen Behandlung tragen.

Diese faktische Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses macht sie schwieriger als andere ethische Beziehungen zwischen erwachsenen Menschen im Alltag. Sie erzeugt spezifische Fürsorgepflichten des Arztes. Der Arzt darf nämlich nur mit aufgeklärter

5 Diese Asymmetrie wird verschiedentlich konstatiert: Vgl. U. Wiesing 1995, Zur Verantwortung des Arztes, Stuttgart, S. 39, 88; C. Giese 2002, Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des „Informed Consent" in der Diskussion, Münster et al., S. 84.
6 J. Siegrist 1995, Medizinische Soziologie, 5. Auflage, München, S. 244 f.

Zustimmung (*informed consent*) des Patienten handeln. Der Arzt ist zur Wahrhaftigkeit und Verschwiegenheit gegenüber dem Patienten verpflichtet.[7]

Diese spezifischen Fürsorgepflichten sind der zutreffende Aspekt der alten Vorstellung von einem paternalistischen Verhältnis zwischen Arzt und Patient.[8] Trotzdem ist diese Vorstellung in den letzten Jahrzehnten immer stärker in die Kritik geraten.[9] Meiner Ansicht nach zu Recht. Denn nimmt man den Terminus wörtlich im Sinne des lateinischen *pater* als „Vater" und setzt das Arzt-Patient-Verhältnis mit einem Vater-Kind-Verhältnis gleich, so erweist sich die Kennzeichnung als außerordentlich problematisch. Das Vater-Kind-Verhältnis ist in viel stärkerem Maße asymmetrisch als das Arzt-Patient-Verhältnis. Ersteres ist eine zeitlich und sachlich umfassende Relation, die lebenslang wirkt. Sie erstreckt sich zumindest bei kleinen Kindern auf alle Lebensbereiche, also Geist, Körper, Glaube, Bildung, Nahrung, Kleidung etc. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist dagegen viel weniger umfassend. Allenfalls zum Hausarzt ist es von einer gewissen Dauer, beim Facharzt nur manchmal. Und selbst das Verhältnis zum Hausarzt ist kein notwendiges und unaufhebbares. Diese Beziehung ist auch sachlich beschränkt. Zwar ist es natürlich wünschenswert, dass der Arzt über die rein physischen Symptome hinaus auch die psychische und soziale Situation des Patienten in den Blick nimmt. Aber das kann nur im Hinblick auf die Förderung des Heilprozesses, nicht die Lebensführung als solche geschehen. Der Arzt ist im Normalfall weder in der Lage noch berufen, wie ein Vater in allen möglichen Lebenslagen und auf Dauer für seinen Patienten zu sorgen.

Wenn dem aber so ist, dann würde die Kennzeichnung des Arzt-Patient-Verhältnisses als „paternalistisch" die Beziehung umfassender charakterisieren, als sie in Wirklichkeit ist und sein soll. Sie würde dadurch die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient eher verschärfen und nicht verringern. Der normative Individualismus als ethisches Prinzip und der Höchstwert, den die meisten Menschen ihrer Selbstbestimmung zumessen, führen dagegen dazu, dass auch im Arzt-Patient-Verhältnis weitgehend Symmetrie hergestellt werden sollte.[10] Das bedeutet: Der Arzt muss dem Patienten die letzte

7 T. L. Beauchamp/J. F. Childress 2001, Principles of Biomedical Ethics, 5th edition, Oxford, S. 283 ff.
8 Vgl. dazu: H. Häyry 1998, Paternalism, in: R. Chadwick (Hrsg.), Encyclopedia of Applied Ethics, San Diego et al., Bd. 3, S. 449–457.
9 Vgl. zu einer Beschreibung der Wandlung: A. MacIntyre 1977, Patients as Agents, in: S. F. Spicker/H. T. Engelhardt Jr. (Hrsg.), Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance, Dordrecht, S. 197–212; B. Schöne-Seifert 1996, Medizinethik, in: J. Nida-Rümelin (Hrsg.), Angewandte Ethik, Stuttgart, S. 553–648, hier S. 596.
10 B. Schöne-Seifert, ebenda, S. 575, führt für den Primat der Selbstbestimmung weiterhin an, dass sonst möglicherweise Entscheidungen getroffen würden, die nicht zum Besten des Patienten sind, und dass das

Entscheidung über die Behandlung überlassen. Er darf ihn nicht bevormunden, sondern muss ihn als gleichberechtigten Partner im Hinblick auf das gemeinschaftliche Ziel der Gesundung anerkennen.[11] Er muss ihn möglichst umfassend aufklären und die eigenen überlegenen Kenntnisse wenigstens so weit als möglich und symbolisch symmetrisch machen.

Auf einer grundlegenden, primären Ebene ist die Selbstbestimmung des Patienten also letztes autoritatives Prinzip. Das führt aber, richtig verstanden, dazu, dass auf einer konkreteren Anwendungsebene bestimmte Regeln, wie die der umfassenden Aufklärung und des aufgeklärten Einverständnisses, nicht schematisch angewandt werden dürfen, sondern den spezifischen expliziten oder impliziten Bedürfnissen des Patienten Rechnung getragen werden muss. Der Arzt hat also aufzuklären, aber er sollte die Reichweite seiner Aufklärung den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten anpassen, etwa nur sehr allgemein Auskunft geben, wenn ein Patient ausdrücklich oder deutlich erkennbar keine Einzelheiten wissen will.[12] Der Arzt sollte dem Patienten auch ein gewisses Maß an Empathie vermitteln, aber nur, wenn der Patient Einverständnis signalisiert, denn es gibt nun einmal auch Patienten, die kein Mitleid wollen.

Der Arzt sollte im Austausch mit dem Patienten auch keine reine Fachsprache mit lateinischen Vokabeln verwenden, die dieser im Normalfall nicht versteht und die bei ihm nur Ehrfurcht und Unsicherheit auslöst. Er sollte sich der tendenziellen atmosphärischen Inhumanität der Zweckrationalität und Technizität der modernen Apparatemedizin bewusst sein und diese auf das absolut Notwendige beschränken sowie dafür Sorge tragen, dass genügend Zeit und Raum für den Aufbau einer persönlichen Beziehung bleibt. Nicht jeder marginale Effizienzgewinn im Verfahrensablauf rechtfertigt die Aufteilung der Untersuchung oder Behandlung auf mehrere Personen. Und man wird auch fragen können, ob die Entwicklung moderner Großkliniken zu

Gefühl von Selbstbestimmung, von ärztlicher Ehrlichkeit und persönlichem Vorbereitetsein zum relativen Wohlbefinden eines Patienten beiträgt.
11 Für ein partnerschaftliches Verhältnis siehe auch E. Deutsch/A. Spickhoff 2003, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 5. Auflage, Berlin, S. 11. C. Giese 2002, Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des „Informed Consent" in der Diskussion, Münster et al., S. 88, konstatiert, dass die Realität nach wie vor anders aussieht: „Das Arzt-Patient-Verhältnis ist demnach auch wegen der ärztlichen Definitionsmacht als nicht partnerschaftlich anzusehen. Die traditionelle Beziehung, die durch klare Über- beziehungsweise Unterordnung gekennzeichnet war, kann nicht als Relikt vergangener Tage angesehen werden. Sie ist – auch hinsichtlich bestimmter ärztlicher Aufgaben – noch aktuell."
12 H. P. Wolff 1989, Arzt und Patient, Bochum, S. 13.

riesenhaften fabrikähnlichen Komplexen, die kaum jemand gern betritt, wirklich notwendig und sinnvoll war beziehungsweise ist.

Der gute, verantwortungsbewusste Arzt wird sich der Problematik seiner asymmetrischen Stellung bewusst sein. Er wird seine Macht nur als fördernde Autorität handhaben, die bestimmte Fürsorgepflichten erzeugt. Er wird die ihm zwangsläufig zufallende Erkenntnis- und Entscheidungsmacht strikt im Sinne der Selbstbestimmung des Patienten einsetzen und somit begrenzen. Er wird sich, wie etwa auch der Lehrer, Professor, Politiker und überhaupt jeder, der Macht ausübt, bewusst sein, dass die Asymmetrie der eigenen Macht eine zeitlich und sachlich begrenzte ist und nicht zu einer allgemeinen Asymmetrie der persönlichen Wertschätzung, des Umgangs, der Höflichkeit etc. führen darf. Der gute Arzt wird im Gegenteil symbolisch und kommunikativ deutlich machen, dass Arzt und Patient, von der nun einmal im Arzt-Patient-Verhältnis unvermeidlichen Asymmetrie abgesehen, in allgemein menschlicher, moralischer, kognitiver und emotionaler Hinsicht gleich sind und dass diese fundamentale und unaufhebbare Gleichheit für die Gesamtgestaltung des Arzt-Patient-Verhältnisses entscheidend ist, nicht die segmentär-zweckrationale Überlegenheit des Arztes im Hinblick auf Diagnose und Therapie.

Das Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens

Am Ende des Lebens besteht die sachlich unvermeidliche Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses grundsätzlich fort. Aber sie verändert sich auch. Sie verstärkt sich einerseits. Sie schwächt sich andererseits ab.

Sie verstärkt sich einerseits, weil der Patient zunehmend physisch und damit oder unabhängig davon auch psychisch hilflos wird. Der Patient ist im Regelfall nicht nur leicht und lokal eingeschränkt krank, sondern schwer und umfassend. Der Patient verliert dadurch häufig einen großen Teil seiner faktischen Selbstbestimmung. Er ist geistig nicht mehr so leistungsfähig wie früher. Er ist den Notwendigkeiten und Routinen des Krankenhauses in besonderem Maße unterworfen. Der Patient nähert sich der existentiellsten Situation seines Lebens. Er ist verzweifelt, ratlos, traurig und depressiv. Und das überlegene Wissen des Patienten um die eigene Situation wird besonders entscheidend, denn im Gegensatz zu einigermaßen gut objektiv vorhersehbaren Krankheits- und Therapieverläufen ist die Haltung zum Tod – wie der Vortrag von Christoph Horn gezeigt hat – außerordentlich subjektiv. Nur der Patient kann also dem Arzt wirklich sagen, wie er den Tod erlebt.

Aus all diesen Gründen ist das Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens in besonderem Maße asymmetrisch. Deshalb ist der Patient stärker auf die Fürsorge des Arztes und anderer Menschen in seiner Umgebung angewiesen. Der Arzt ist in besonderem Maße aufgerufen, die sachlich nicht zu vermeidende Asymmetrie zu begrenzen und sie symbolisch und kommunikativ auszugleichen, wobei allerdings der Patient zu seinem eigenen Wohl auch mitwirken und seine Empfindungen offenbaren sollte.

Die sachlich unvermeidliche Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses schwächt sich nun aber andererseits am Ende des Lebens auch in einer entscheidenden Hinsicht ab: Das wesentliche Ziel, weswegen der Patient die Asymmetrie des Arzt-Patient-Verhältnisses überhaupt erst auf sich genommen hat, die Genesung, ist nicht mehr erreichbar. Damit verlieren das überlegene Wissen sowie die Definitions- und Handlungsmacht des Arztes an Bedeutung. Angesichts ihrer beider Sterblichkeit sind Arzt und Patient in der für beider Leben wesentlichen Dimension des Todes gleich. Das Zurücktreten des diagnostischen und therapeutischen Ziels und der damit einhergehenden Asymmetrie schafft die Chance, aber auch die Notwendigkeit zu einer Verstärkung der allgemein menschlichen Seite des Arzt-Patient-Verhältnisses. Das Technisch-Zweckrationale, das zur Erreichung des Heilungserfolgs seine beschränkte Berechtigung hatte, kann und muss nunmehr zurückgedrängt werden. Der Arzt ist verpflichtet, die Alternative eines Sterbens zu Hause zu ermöglichen, wenn es nur irgendwie geht. Sofern der Patient im Krankenhaus stirbt, kann der Arzt sicher nicht spezifischer Sterbebegleiter, Geistlicher oder naher Angehöriger sein oder diese ersetzen. Aber er entscheidet über die Umgebung, in welcher der Patient die letzten Tage und Stunden seines Lebens verbringt. Insofern kommt ihm eine besondere natürliche Verantwortung zu, zumal er eine spezifische Kompetenz hat: Er hat eine generelle, durch einzelne miterlebte Sterbefälle gesättigte Erfahrung mit dem Sterben und dem Tod anderer Menschen.

Ich will noch einmal zusammenfassen: Das Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens ist einerseits durch eine zunehmende, andererseits durch eine abnehmende Asymmetrie gekennzeichnet. Alle Beteiligten sollten sich dieser janusköpfigen Verschiebung bewusst sein. Die zunehmende Asymmetrie der körperlichen und geistigen Abhängigkeit des Patienten muss in noch stärkerem Maße als beim normalen Arzt-Patient-Verhältnis beschränkt und symbolisch und kommunikativ ausgeglichen werden. Die abnehmende Asymmetrie des Wegfalls des Heilungsziels muss sowohl vom Arzt als auch vom Patienten realisiert und bewältigt werden.

Es gibt einige speziellere Themen des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens, etwa die Frage nach der Patientenverfügung, nach der Entscheidung für inkompetente Patienten,[13] nach dem Todeszeitpunkt, nach der DNR-Entscheidung (sogenannte *do-not-resuscitate-decision*), also dem Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen.[14] Hier kann nur noch auf einen Aspekt des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens kursorisch eingegangen werden: die Frage der Sterbehilfe.

Wenn man den normativen Individualismus beziehungsweise die Selbstbestimmung des Patienten als gegenüber dem Prinzip der unabhängigen beziehungsweise objektiven Leidvermeidung vorrangig ansieht, so bedeutet dies: Auch bei der Frage der Sterbehilfe darf nicht die Leidvermeidung im Vordergrund stehen. Vielmehr ist die Selbstbestimmung des Patienten entscheidend.

Das bedeutet zunächst, dass das ernsthafte und aufgeklärte Verlangen des Patienten nach Behandlungsabbruch den Arzt ohne Wenn und Aber bindet, wie es ja auch durch die Regelungen des Strafrechts und die Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer gefordert wird.[15] Die sogenannte passive Euthanasie ist also sowohl ethisch als auch rechtlich nicht nur zulässig, sondern dem Arzt sogar geboten, wenn der Patient die Nichtbehandlung oder den Behandlungsabbruch fordert. Ein Arzt, der ohne ausdrückliche Einwilligung weiterbehandelt, macht sich wegen Körperverletzung strafbar.

Die Selbstbestimmung des Patienten ist auch entscheidend, wenn der Arzt nur straflose Beihilfe zum Suizid des Patienten leistet. Ähnliches gilt für die sogenannte indirekte Euthanasie, also die Schmerzbekämpfung unter Inkaufnahme einer Lebensverkürzung, sofern diese Schmerzbekämpfung nicht anders möglich ist.[16] Hier hat der Arzt den Wunsch des Patienten, von Schmerzen befreit zu werden, zu respektieren.[17]

13 Vgl. dazu: A. E. Buchanan/D. W. Brock 1989, Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making, Cambridge/Mass.

14 Vgl. die Artikel von J. Carlo/A. Defanti 1998, Brain Death, und J. J. M. van Delden 1998, Do-Not-Resuscitate Decisions, in: R. Chadwick (Hrsg.), Encyclopedia of Applied Ethics, San Diego et al., Bd. 1, S. 369–376 beziehungsweise S. 839–847.

15 Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen (BGHSt) 32, S. 367 ff., 378. Vgl. auch A. Laufs/W. Uhlenbruck 2002, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, München, S. 1381; Richtlinien der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, in: U. Wiesing 1995, Zur Verantwortung des Arztes, Stuttgart, S. 203 ff. = E. Deutsch/A. Spickhoff 2003, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 5. Auflage, Berlin, S. 336 ff.

16 E. Deutsch/A. Spickhoff 2003, Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 5. Auflage, Berlin, S. 334.

17 Die indirekte Euthanasie ist straflos: BGHSt 42, S. 301 ff., 305 = Medizinrecht (MedR) 15, 1997, S. 271, 273. Vgl. auch A. Laufs/W. Uhlenbruck 2002, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, München, S. 1380. Fraglich ist

Die rechtliche Garantenstellung des Arztes kann an diesen Erlaubnissen beziehungsweise Verpflichtungen nichts ändern, da der die Garantenstellung aufhebende eindeutige Wille des Patienten entscheidend ist, auch nach dessen Bewusstlosigkeit.[18]

Die aktive Euthanasie ist in Deutschland nach wie vor strafbar.[19] Der Wunsch des Patienten nach aktiver Euthanasie ist allerdings, wenn man legitime, aber in einer pluralistischen Gesellschaft nicht allgemein verbindlich zu machende christlich-religiöse Positionen einer Heiligkeit des Lebens außer Betracht lässt, als Ausdruck seiner Selbstbestimmung nicht verwerflich und menschlich verständlich. Allerdings wird man selbstredend keine ethische Verpflichtung des Arztes annehmen können, aktiv lebensbeendend tätig zu werden. Zwar muss man die Interessen und Belange anderer generell berücksichtigen, aber nur im Rahmen einer Abwägung mit eigenen und allgemeinen Belangen. Die aktive Tötung auf Verlangen widerspricht zu stark der ärztlichen Rolle des Helfens und Heilens und kann auch generell als massiver Eingriff in die Sphäre eines anderen nicht von anderen Menschen gefordert werden. Sie ist als gesellschaftliche Praxis problematisch.

Ob die Etablierung der aktiven Euthanasie tatsächlich das Arzt-Patient-Verhältnis am Ende des Lebens schwer belasten oder gar zerstören würde, wie verschiedentlich vermutet wird,[20] ist generell schwer vorherzusagen. Kennt der Patient den Arzt gut und glaubt er, ihm vertrauen zu können, so wird er auch annehmen können, dass der Arzt ihn nicht drängt oder falsch berät. Allerdings wird bei kürzeren, weniger gewachsenen und technisch-zweckrationaleren Arzt-Patient-Verhältnissen im Krankenhaus ein solches Vertrauensverhältnis regelmäßig nicht bestehen, so dass die bloße Möglichkeit eventueller Beeinflussungen des Verlangens nach Sterbehilfe das Verhältnis zwischen Arzt und Patient belasten kann. Da mittlerweile der Tod im Krankenhaus der Normalfall ist, neige ich deshalb zu der Annahme, dass in derartigen Fällen die

allerdings, ob hier dem Arzt die Verabreichung des lebensverkürzenden Schmerzmittels nur erlaubt oder sogar geboten ist. Letzteres wird man sowohl rechtlich als auch ethisch verneinen müssen. Die Pflicht zur Hilfeleistung bei der Schmerzvermeidung erstreckt sich nicht auf objektiv schädigendes Verhalten.

18 Vgl. Oberlandesgericht München, Juristische Arbeitsblätter (JA) 19, 1987, S. 579, 583 f. mit weiteren Nachweisen und unter der Annahme, dass der Bundesgerichtshof in BGHSt 32, S. 367 ff., 378, zur Frage der Entlassung des Arztes aus der Garantenstellung keine Stellung genommen hat. Vgl. auch A. Laufs/W. Uhlenbruck 2002, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, München, S. 1384. In BGHSt 32, S. 367 ff., war der Arzt nicht von der Patientin aus der Garantenstellung entlassen worden. Die bloße Tatsache des Suizids kann man allerdings – insofern verdient die Entscheidung des Bundesgerichtshofs Zustimmung – nicht als derartige Entlassung des Arztes aus seiner Garantenpflicht werten, sonst dürfte kein Arzt einem Suizidenten mehr helfen.

19 § 216 Strafgesetzbuch; BGHSt 37, S. 376 ff.

20 H.-G. Lasch, Der Arzt und das Sterben, in: O. Marquard/H.-J. Staudinger 1987, Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme, ohne Ort, S. 58.

Gefahr eines Missbrauchs der aktiven Sterbehilfe das Arzt-Patient-Verhältnis tatsächlich ungünstig beeinflussen könnte.

Der kaum zu leugnenden Erweiterung der Selbstbestimmung einiger Patienten durch die Ermöglichung der aktiven Euthanasie steht die erhebliche Gefahr einer Einschränkung der Selbstbestimmung vieler Älterer durch äußeren Druck und Beeinflussung seitens der Angehörigen, des Arztes oder der Pflegenden etc. gegenüber. Diese Gefahr wiegt aus zwei Gründen schwer. Zum einen, weil der Patient am Ende des Lebens in seiner Entscheidungsautonomie durch Abnahme der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit geschwächt ist. Zum anderen, weil die Konsequenz der Sterbehilfe, der Tod, irreversibel ist.

Die Frage, wie hoch tatsächlich die Gefahr eines derartigen Missbrauchs eingeschätzt werden muss, ist eine empirische Frage, die man nicht theoretisch entscheiden kann. Angesichts der Tatsache, dass sich die Niederlande in dieser Frage quasi einem kollektiven Selbstversuch unterworfen haben, erscheint es mir vernünftig, ja sogar ethisch geboten, den Ausgang dieses Selbstversuchs erst einmal in Ruhe, das heißt über einige weitere Jahre, abzuwarten – so wie man bei neuen Medikamenten ja auch zuerst größere Wirkungsstudien abwartet.

Ich denke, der Ausgang dieses Selbstversuchs kann durchaus zeigen, wie der Selbstbestimmung des Patienten besser gedient wäre, ob durch die Ermöglichung oder durch die Verhinderung der aktiven Sterbehilfe. Aber was ist, wenn das Ergebnis nicht eindeutig ist, wenn sich die Freiheitsgewinne durch die Zulassung der aktiven Sterbehilfe und die Freiheitsverluste durch Gefahren und Missbräuche ungefähr die Waage halten? Ein Ergebnis, das aus zwei Gründen gar nicht so unwahrscheinlich erscheint: zum einen, weil sich bei Annahme eines einheitlichen normativen Prinzips Unsicherheit und Streit ja über einen längeren Zeitraum immer nur dann perpetuieren, wenn die Fakten nicht eindeutig sind, zum anderen, weil die Abwägung zwischen individueller und kollektiver Selbstbestimmung nur schwer vorzunehmen ist.

Verbot oder Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe wird sich dann danach richten müssen, ob die politische Gemeinschaft, die zu entscheiden hat, eine derartige Praxis eher für freiheitssteigernd, weil dem Sterbenden eine Wahl eröffnend, oder für freiheitsverringernd, weil eine inhumane, bedrängende Praxis etablierend, hält. Man wird sich fragen müssen, in was für einer Gesellschaft wir leben wollen. Diese Frage ist – so überraschend das erscheinen mag – dann keine ethisch-moralische Frage mehr,

sondern eine Frage des guten Lebens. Wenn sich ethische Erwägungen die Waage halten, dann schlagen sie nicht mehr durch und die politische Gemeinschaft muss entscheiden, wie sie dem Gemeinwohl und damit dem guten Leben am besten dienen will. Das hat dann aber zur Folge, dass auch religiöse Rechtfertigungen der Heiligkeit des Lebens ebenso wie säkulare Überzeugungen in die Gesamtentscheidung einfließen müssen. Sie dürfen nicht wegen ihres Mangels an allgemeiner Verpflichtungskraft im Pluralismus ausgeschlossen werden, denn schließlich sind auch säkulare Meinungen zum guten Leben nicht verallgemeinerbar. Die christliche Tradition muss in Deutschland und anderen christlich geprägten Ländern also eine Rolle spielen, ebenso wie der strikte Schutz der menschlichen Würde und des menschlichen Lebens durch die Verfassung.

Ich denke, dass eine Gesellschaft, in der die aktive Tötung außer in Notwehr prinzipiell ausgeschlossen ist und damit insbesondere auch eine Wertschätzung der Älteren ausgedrückt und die Älteren und Sterbenden vor Ängsten und möglichen Beeinflussungen geschützt werden, letztlich humaner ist als eine Gesellschaft, in der die aktive Sterbehilfe im Interesse weniger Sterbewilliger allgegenwärtige und von vielen als bedrohend empfundene Praxis ist.

„Selbstbestimmung am Lebensende" – Öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates

MÜNSTER, 24. November 2004

BERTHOLD TILLMANN
Oberbürgermeister der Stadt Münster

Grußwort

Ich freue mich, dass der Nationale Ethikrat an diesem so symbolträchtigen Ort, dem Festsaal des altehrwürdigen Rathauses unserer schönen Stadt Münster, eine Tagung veranstaltet, die – wie sollte es anders sein – sowohl über das politische Tagesgeschäft als auch über die hektische und tagesaktuelle Kommentierung und Berichterstattung der Medien weit hinausreicht. Denn es geht bei dieser Tagung, die sich mit der Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung am Lebensende beschäftigt, um eine politisch-ethische Kategorie, die deutlich über den berühmten „Tag" hinausgeht und die einmal mehr das grundlegende Wertegefüge unseres Zusammenlebens und auch unserer gesellschaftlichen Normen, Traditionen und Axiome betrifft.

Wann beginnt das Leben? Dies war, zugegebenermaßen verkürzt skizziert, eine der beherrschenden politisch-ethischen Fragestellungen der letzten Jahrzehnte mit den entsprechenden Debatten etwa über die Legalität und Legitimität des Schwangerschaftsabbruchs. Eine Debatte, die – wie wir wissen – zwar zu einer gesetzlichen Regelung, aber bis heute nicht wirklich zu einem aktiven Konsensus in unserer Gesellschaft geführt hat.

Wann endet das Leben (und wann und unter welchen Bedingungen darf man es beenden)? Diese Debatte „am anderen Ende des menschlichen Lebens" greifen Sie nun mit Ihrer heutigen Tagung grundlegend und an dem aktuellen und dringend regelungsbedürftigen Punkt der sogenannten Patientenverfügung auf.

Wir wissen, dass diese Fragestellung auch – und vielleicht gerade – in Deutschland immer noch eine erhebliche gesellschaftlich-politische Tabuzone bezeichnet, die mit Fug und Recht nur mit äußerster Umsicht diskutiert werden kann, deren verantwortungsethische Beantwortung allerdings immer drängender wird: Fragen der Selbstbestimmung am Lebensende einerseits und Fragen des wissenschaftlich-medizinischen Fortschritts andererseits stehen dabei ebenso im Raum wie das Normengefüge und

die damit verbundene Relativität von Freiheitsgraden unseres Werte- und Normengefüges. Und hier gibt es – wer sollte das besser wissen als Sie – eben keine wohlfeilen, sprich umfassend alltagstauglichen politisch-gesellschaftlichen – sprich gesetzlichen – Handlungsvorgaben, keine sicheren Leitplanken, die ausschließlich nach den Regeln wissenschaftlicher Erkenntnis und parlamentarischer Mehrheiten funktionieren. Hier gibt es nur (und das ist auch gut so!) den zusätzlichen schwierigen Weg eines verantwortungsethischen Diskurses, der aber auch geführt werden muss. Denn die praktische Politik allein ist mit dieser Problemdimension absolut überfordert.

Gerade weil das so ist, gerade deshalb begrüße ich die Existenz und auch die Aktivitäten des Nationalen Ethikrates so sehr, und deshalb bin ich auch froh, dass es bei grundlegenden Fragen jenseits des Zeitgeistes und auch der so gern zitierten „normativen Kraft des Faktischen" eine gesellschaftliche Reflexionsebene gibt, die der rechtsstaatlichen Notwendigkeit der „Legalität allen Handelns" auch das Moment der „ethischen Legitimität dieser Handlungsoptionen" gleichrangig beizuordnen versucht! Das gilt auch für die dringend erforderliche Klärung der Fragen rund um die Selbstbestimmung am Lebensende und demnach auch für die Patientenverfügung.

Auch dieses Rathaus und vor allem sein berühmter „Friedenssaal" stehen für mehr als die kommunale Tagespolitik, auch für mehr als die reine Stadtgeschichte: Sie stehen mit dem Westfälischen Frieden von 1648 auch für die Einführung einer neuen verantwortungsethischen Kategorie in das politische Handeln, nämlich für den Primat der Diplomatie (also des Diskurses) vor dem Waffengang (also des Diktates) und damit für das Prinzip einer „reflektierten Politik" – wie ich es einmal nennen will –, die auf Toleranz und Frieden ausgerichtet ist und die die Wirkungen ihres Handelns und ihrer Entscheidungen bereits in die Entscheidungsfindung selbst einbezieht.

JOHANNES FISCHER
Professor für Sozialethik – Universität Zürich

Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung – Fürsorge als Befähigung zur Selbstbestimmung

Ich möchte meine Überlegungen ausgehend von einem Problem entwickeln, das in der Schweiz für Diskussionen sorgt, nämlich der Praxis der Suizidbeihilfe. Sie ist bekanntlich in der Schweiz durch das Recht straffrei gestellt, sofern keine eigennützigen Motive im Spiel sind. Die Straffreiheit der Suizidbeihilfe wird in der Schweizer Öffentlichkeit kaum in Frage gestellt. Gleichwohl sind viele Bürgerinnen und Bürger nicht glücklich über die organisierte Form der Suizidbeihilfe, wie sie von den Sterbehilfeorganisationen praktiziert wird. Es wird darüber diskutiert, ob man sie rechtlichen Beschränkungen unterwerfen soll, um insbesondere psychisch Kranke, Kinder und Jugendliche zu schützen und um den sogenannten Sterbetourismus zu unterbinden.

In besonderer Weise ist die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) von dieser Thematik betroffen. Sie hat soeben neue Richtlinien zur Sterbebegleitung verabschiedet und muss sich darin zur Suizidbeihilfe durch Ärztinnen und Ärzte erklären, ein Punkt, der in der Ärzteschaft umstritten ist. Auf der einen Seite möchte man seitens der SAMW alles vermeiden, was die Suizidbeihilfe in die Nähe einer medizinischen Dienstleistung rücken könnte. Die Formel, die man diesbezüglich bereits 1995 in den damaligen Richtlinien zur Betreuung Sterbender und zerebral Schwerstgeschädigter gefunden hat und die auch in den neuen Richtlinien zur Sterbebegleitung beibehalten wird, lautet, dass die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Auf der anderen Seite wird in den neuen Richtlinien explizit die Möglichkeit eingeräumt, dass ein Arzt im Einzelfall aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung Beihilfe zum Suizid leisten kann. Nur wird er dabei eben nicht im Rahmen seines ärztlichen Auftrags tätig.

Um die besondere Schweizer Situation zu verstehen, muss man sich vergegenwärtigen, dass es in der Schweiz eine ausgeprägte liberale Tradition gibt. Dies bestimmt auch die Diskussion über die Suizidbeihilfe. Sie ist in hohem Maße auf den Respekt vor der

Selbstbestimmung des Suizidwilligen fokussiert, und den Gegnern von zu weit gehenden rechtlichen Beschränkungen geht es darum, diesen liberalen Grundwert zu verteidigen. Auch in den neuen Richtlinien der Akademie wird im Abschnitt über die Suizidbeihilfe der Selbstbestimmung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Als das maßgebliche Motiv, das einen Arzt veranlassen könnte, Beihilfe zum Suizid zu leisten, wird der Respekt vor dem Willen des Patienten genannt.

Es ist in dieser Diskussion nicht wirklich strittig, dass die Selbstbestimmung des Patienten in der Tat ein hohes Gut ist, das allen Respekts und aller Verteidigung wert ist. Das gilt auch für den Grenzfall der Entscheidung eines Menschen, aus dem Leben zu scheiden. Allerdings gibt es in der Debatte über die Suizidbeihilfe Tendenzen, den Respekt vor der Selbstbestimmung als den einzigen Wert zu betrachten, der in dieser Frage zu verteidigen ist. Das kann und muss man meines Erachtens bezweifeln. Bevor ich dies tue, möchte ich aber betonen, dass ich die grundsätzliche Haltung sowohl der Nationalen Ethikkommission der Schweiz als auch der SAMW in der Frage der Suizidbeihilfe teile.

Die einseitige Fokussierung auf den Respekt vor der Selbstbestimmung und dem Willen des Suizidwilligen ist meines Erachtens aus drei Gründen problematisch. Zum einen wird damit die Suizidbeihilfe in die Nähe einer ärztlichen Dienstleistung gerückt, obwohl die SAMW sich gerade dagegen entschieden zu verwahren sucht. Doch Dienstleistungen erfolgen auf den Wunsch und Willen eines anderen hin. Das Abstellen auf den Willen des Suizidwilligen birgt daher auf längere Sicht die Gefahr, dass die ärztliche Suizidbeihilfe im Bewusstsein der meisten Menschen als medizinische Dienstleistung wahrgenommen wird.

Zum Zweiten verpflichtet der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Menschen, der aus dem Leben scheiden will, in keiner Weise dazu, ihm dabei Beistand zu leisten. Respekt bedeutet hier lediglich, dass wir seinen Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, akzeptieren und ihn nicht am Suizid hindern. Doch ist dies kein Grund, ihm zu helfen. Für die Beihilfe zum Suizid bedarf es daher eines anderen, zusätzlichen Motivs über den Respekt vor der Selbstbestimmung hinaus. Dies scheint mir die Schlüsselfrage in dieser Diskussion zu sein, in der genau der Grund liegt, der insbesondere Ärztinnen und Ärzte dazu veranlassen kann, einem Suizidwilligen Beihilfe zu leisten. Geht es nicht eher darum, ihn mit seinem Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, nicht allein zu lassen, sondern ihm einen Beistand zu gewähren, der es ihm ermöglicht, einen erträglichen Tod zu finden? Einen Menschen nicht allein zu

lassen, das ist etwas anderes, als Respekt vor seinem Willen oder seiner Selbstbestimmung zu haben. Man kann das, was er will, für falsch halten und es dennoch nicht über sich bringen, ihn in dieser Situation einfach sich selbst zu überlassen und zu riskieren, dass er auf eine schreckliche Weise aus dem Leben scheidet.

Erst aus dieser Perspektive kommt meines Erachtens die Position der deutschen Bundesärztekammer in dieser Frage in ihrer ganzen Tragweite in den Blick, besagt sie doch, dass Ärztinnen und Ärzte Menschen in solchen Grenzsituationen nicht dahingehend beistehen dürfen, dass der Tod, zu dem sie ohnehin entschlossen sind, ein für sie erträglicher ist, da dies dem ärztlichen Ethos widerspreche. Die Verweigerung von Beistand ist etwas grundsätzlich anderes als die Verweigerung von Respekt vor der Selbstbestimmung dieser Menschen. Dieser wird ihnen nämlich durchaus entgegengebracht, indem man sie nicht daran hindert, ihrem Leben ein Ende zu machen, gleichsam nach dem Motto: Ich respektiere das, aber ich stehe dir nicht bei.

Der Unterschied zwischen der Schweizer und der deutschen Position besteht nach dem Gesagten nicht darin, dass die eine liberal und die andere illiberal ist, insofern die eine die Selbstbestimmung des Suizidwilligen respektiert und die andere nicht, sondern vielmehr darin, dass die eine die Beihilfe zum Suizid als einen Grenzfall ärztlicher Fürsorge betrachtet – mit durchaus problematischen Folgen für das Arztbild, wie ich betonen möchte –, während die andere dies aus der ärztlichen Fürsorge strikt ausnimmt. Es entsteht daher nach meiner Wahrnehmung eine Schieflage in der Diskussion, wenn man die ärztliche Beihilfe zum Suizid als ein primär liberales Anliegen verficht und verteidigt.

Dies bringt mich zu meinem dritten Bedenken. Die Fokussierung auf die Selbstbestimmung kann zur Folge haben, dass die Frage, was ein Suizid bedeutet und welche Haltung wir ihm gegenüber einnehmen, in den Hintergrund gedrängt wird. Pointiert gesagt: Wenn ein Suizid nur selbstbestimmt ist, der Patient urteilsfähig ist und ohne Druck von außen handelt, geht er in Ordnung. Psychiatrische Abklärungen in dieser Sache haben dann nur das Ziel, die Autonomie des Suizids sicherzustellen. Doch entspricht das der Art und Weise, wie wir im Blick auf einen Suizid empfinden und denken? Es gibt zwar eine verbreitete Skepsis, wonach es angesichts des Pluralismus der Lebensstile und Weltanschauungen nicht mehr möglich ist, sich in Fragen wie jener nach der Einstellung zum Suizid auf etwas Gemeinsames zu verständigen. Und aus dem gebotenen Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen scheint zu folgen, dass wir uns in dieser Frage auch nicht auf Gemeinsames verständigen müssen. Jeder soll es damit halten, wie es ihm richtig erscheint.

Doch glaube ich, dass diese Skepsis nicht im Recht ist. Es gibt einen breiten Konsens über alle weltanschaulichen Differenzen hinweg, dem zufolge Menschen mit Suizidgefährdung geholfen werden soll. Wir unternehmen erhebliche Anstrengungen zur Suizidprävention. Wir gehen so weit, Menschen mit Suizidgefährdung unter bestimmten Bedingungen vor sich selbst zu schützen. Und auch die aktuelle Diskussion in der Schweiz über die Frage einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe ist durch den Gedanken der Fürsorge motiviert, damit nicht ohne sorgfältige Abklärung der Umstände das Leben von Menschen beendet wird, denen zum Leben geholfen werden könnte. Hinter dem Gedanken der Fürsorge aber steht in einem weiten Sinne eine Vorstellung vom Leben des Menschen, wie es sich nach Möglichkeit gestalten und wovor es nach Möglichkeit bewahrt werden sollte.

Die Diskussion über die Suizidbeihilfe bekommt offenbar eine problematische Schlagseite, wenn sie einseitig nur den Respekt vor der Selbstbestimmung akzentuiert, statt sich am Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung zu orientieren. Die Suizidbeihilfe stellt dabei einen Spezialfall dieses Verhältnisses dar, das ja auch bei anderen medizinethischen Problemen auftritt. Man muss sich dazu Folgendes vergegenwärtigen: Das Prinzip der Patientenautonomie wurde in der neueren Medizinethik ursprünglich in Abwehr gegen einen Fürsorgepaternalismus seitens der Medizin formuliert. Das kann leicht die Tatsache verdecken, dass die Patientenautonomie in aller Regel die ärztliche Fürsorge zur Voraussetzung hat. Diese eröffnet erst die Optionen in Gestalt möglicher medizinischer Behandlungen und Maßnahmen, auf deren Angebot der Patient selbstbestimmend reagieren kann, nämlich indem er entscheidet, ob diese Behandlungen noch gemacht werden sollen oder nicht. Dem Patienten wird etwas angeboten, und er entscheidet, ob er das will oder nicht. Die Entscheidung, Suizid zu begehen, ist demgegenüber von anderer Art. Sie wählt nicht aus einem Set angebotener medizinischer Dienstleistungen aus, sondern sie fällt ganz in die Verantwortung des Patienten. Deshalb besteht hier auch keine ärztliche Fürsorgepflicht, dem Patienten zu helfen. Dementsprechend muss es in die Freiheit des Arztes gestellt bleiben, ob er dem Patienten dabei Beistand leistet oder nicht. Ebendies ist es, was die SAMW in ihren neuen Richtlinien festhält.

Wenn sich insoweit Konsens erzielen lässt, dass es eine Fürsorgepflicht in Bezug auf suizidgefährdete Menschen gibt, dann gehört es zu dieser Pflicht, auch mit einem urteilsfähigen Suizidwilligen dessen Suizidwunsch zu besprechen und ihm alternative Optionen vor Augen zu halten in Gestalt von Möglichkeiten medizinischer Begleitung für die verbleibende Lebensspanne, und zwar unter Einbezug der Frage, wie der Patient

selbst seine Situation sieht und versteht. Selbstbestimmung setzt mögliche Optionen voraus, in Bezug auf die jemand sich selbst bestimmt und herausfindet, was er will. Insofern ist eine solche Abklärung nicht paternalistische Einflussnahme, sondern Hilfe zur Selbstbestimmung. So wie wir ja auch bei schwerwiegenden medizinischen Entscheidungen, wie etwa über eine Chemotherapie, vom Arzt erwarten, dass er dem Patienten nicht nur die möglichen medizinischen Behandlungen erklärt, damit dieser dann zwischen diesen auswählt, sondern mit ihm vor dem Hintergrund von dessen Lebensumfeld und Werthaltungen die verbleibenden Lebensperspektiven bespricht, die durch die betreffenden Behandlungen noch eröffnet werden können. Erst dann kann von wirklicher Selbstbestimmung gesprochen werden, wenn der Patient das, was die Medizin ihm anzubieten hat, in Beziehung zu sich selbst, seiner Situation und seinem Leben setzen kann. Es rückt hier in den Blick, dass der Begriff der Selbstbestimmung des Patienten einen zweifachen Aspekt hat. Er bedeutet einerseits, dass der Patient die letzte Entscheidung darüber hat, welche Behandlungen an ihm vorgenommen werden. Um freilich diese Entscheidung treffen zu können, muss der Patient herausfinden, was er will, und hier hat Selbstbestimmung die Bedeutung, dass nur er selbst und kein anderer stellvertretend für ihn bestimmen kann, was er will. Dies ist gewissermaßen der Kern der Selbstbestimmung. Andererseits ist der Patient bei dieser Bestimmung seines Willens auf die Hilfe des Arztes angewiesen, der aufgrund seiner medizinischen Kompetenzen zu überblicken vermag, welche Folgen und Nebenwirkungen mit bestimmten Behandlungsoptionen verbunden sind.

In derselben Weise gehört es auch beim urteilsfähigen Suizidwilligen zur Fürsorgepflicht des Arztes, mit diesem mögliche Alternativen und Lebensperspektiven durchzugehen. Das geht weit über die bloße Abklärung der Urteilsfähigkeit hinaus. Solches Besprechen des Suizidwunsches mit dem Arzt oder dem Pflegepersonal muss nicht, aber kann dazu führen, dass der Suizidwunsch verschwindet, und es ist eine Erfahrung, zum Beispiel in geriatrischen Kliniken, dass dies in aller Regel der Fall ist. Hier liegt übrigens in der Schweiz der entscheidende Kritikpunkt, der gegen den sogenannten Sterbetourismus aus dem Ausland geltend gemacht wird. Ethisch ist es kaum zu begründen, warum man Ausländern die Beihilfe zum Suizid verwehrt, wenn man sie bei eigenen Landsleuten für ethisch vertretbar hält. Das Problem liegt darin, dass die Fürsorgepflicht nicht ausreichend wahrgenommen wird, wenn zwischen Anreise und assistiertem Suizid nicht einmal 24 Stunden vergehen.

Fürsorge, so lässt sich das Gesagte zusammenfassen, steht nicht bloß in einem Spannungsverhältnis zur Selbstbestimmung, wie es die Formel „Paternalismus versus

Autonomie“ nahe legt, sie gehört auch zu den Bedingungen wirklicher Selbstbestimmung. Ich will diesen Gedanken zum Schluss in eine Richtung vertiefen, die meines Erachtens nicht fehlen darf, wenn von den Bedingungen von Selbstbestimmung die Rede ist. Ich will dies tun, indem ich nach den Bedingungen frage, die vorliegen müssen, um von einem Menschen sagen zu können, er sei selbstbestimmt.

Dass ein Mensch sich selbst bestimmt und nicht hinterrücks durch anderes bestimmt wird, das zeigt sich in der Perspektive der Verständigung mit ihm über das Warum seines Verhaltens. Und zwar zeigt es sich daran, dass er sein Verhalten begründen kann, so dass nicht – wie bei unverständlichem Verhalten – nach intermittierenden Ursachen gefragt werden muss, die dieses Verhalten erklären. Wer sich durch nachvollziehbare Gründe bestimmen kann, den nehmen wir als Urheber seines Verhaltens, das heißt als selbstbestimmt wahr.

Nun sind Gründe, Motive und Ursachen Antworten auf „Warum-Fragen“. Das heißt, sie existieren nicht unabhängig außerhalb von Verstehenszusammenhängen. Wir legen gewissermaßen aus der Perspektive der Verständigung über das Warum eine Struktur über unser Verhalten, die dieses nicht von sich aus hat. Das allermeiste von dem, was wir in der Verständigung als ein Handeln aus konkreten Gründen konzeptualisieren können, geschieht spontan, das heißt nicht aus einem Ex-ante-Grund. Dennoch sind wir um Gründe in der Regel nicht verlegen. Wir winken auf der Straße jemandem spontan zu und antworten auf die Frage nach dem Warum, dass es sich um einen guten Bekannten handelt. Das bedeutet, dass Selbstbestimmung sehr viel voraussetzungsvoller ist, als dies auf den ersten Blick scheint. Es muss dann nämlich bereits unsere Spontaneität vernünftig gerichtet sein, damit in der Perspektive der Verständigung über unser Verhalten dieses als ein Handeln aus konkreten Gründen konzeptualisiert werden kann und nicht wie bei rational unverständlichem Verhalten als durch Ursachen bestimmt konzeptualisiert werden muss. Die Frage lautet somit, wie es zu solcher vernünftiger Gerichtetheit der Spontaneität kommt.

Es gibt hierauf verschiedene Antworten, und sie haben teilweise Auswirkungen auf das Ethos der Medizin gehabt. Philosophische Tugendlehren gehen davon aus, dass wir unsere Spontaneität und Affektivität durch Selbsterziehung, das heißt durch Übung und Gewöhnung, prägen können. Die christliche Theologie hat diese Sicht teilweise übernommen, aber ihr noch hinzugefügt, dass es einen Bereich unserer Spontaneität gibt, den wir nicht durch Übung und Gewöhnung prägen können. Im Blick auf das, was diesen Bereich formt, sprach die scholastische Theologie von den

christlichen beziehungsweise geistlichen Tugenden Glaube, Hoffnung und Liebe. Das Wort „Geist“, wie es im Ausdruck „geistliche Tugenden“ enthalten ist, meint dabei etwas, das jenseits menschlichen Vermögens dem Lebensvollzug in seiner Spontaneität beziehungsfähige Gerichtetheit gibt.

Dies hat Eingang gefunden in das Verständnis der Medizin. Es gibt eine mittelalterliche Definition der Medizin, der zufolge die Medizin eine zweifache Kunst ist. Einerseits ist sie *technē iatrikē*, das heißt ärztliche Kunst. Hier geht es um das, was der Arzt tut, das heißt um sein diagnostisches oder therapeutisches Handeln. Andererseits ist die Medizin *technē agapētikē*, das heißt eine Kunst liebender, fürsorglicher Zuwendung. Hier geht es um eine Dimension des ärztlichen Handelns, die auf einer anderen Ebene wirkt als die ärztliche Kunst. In ihr überträgt sich etwas auf den Kranken in Gestalt von Begleitetsein, Beruhigung, Vertrauen, Zu-sich-selbst-Kommen. Mögen wir heute mit dem Wort „Liebe“ auch sehr viel zurückhaltender umgehen, jene Definition kann doch daran erinnern, dass die Kommunikation zwischen Arzt und Patient, insoweit sie zum Ziel hat, dem Patienten zur Selbstbestimmung zu verhelfen, sehr viel tiefer reicht und mehr umfasst, als wenn man nur auf das achtet, was sich auf der Ebene der Verständigung über mögliche Therapieentscheide zwischen ihnen vollzieht. Geht es nach dieser Definition, dann muss die Fürsorge für einen Patienten diese Dimension mit umfassen, die ihn gegen intermittierende Kausalitäten wie Angst, Panik oder Verzweiflung zu sich selbst kommen lässt und solchermaßen der Selbstbestimmung den Boden bereitet.

Um zum Schluss zu kommen: Es ging mir darum, deutlich zu machen, dass zumindest im medizinischen Bereich Selbstbestimmung von ihrer Beziehung zur Fürsorge her begriffen werden muss. Und es ging mir zweitens darum zu verdeutlichen, dass zwischen beidem nicht bloß ein Spannungsverhältnis besteht, sondern dass eine wesentliche Bedingung für Selbstbestimmung eine Fürsorge ist, die zur Selbstbestimmung befähigt. Schließlich habe ich eine Ebene zu umreißen versucht, die eine solche Fürsorge mit umfassen muss. Zur Illustration habe ich bewusst ein Problem gewählt, das moralisch umstritten ist, nämlich den Suizid und die Suizidbeihilfe. Ich habe es allerdings nicht hinsichtlich seiner moralischen Bewertung erörtert. Das hat mit einer gewissen Skepsis zu tun, ob wir einen zum Suizid entschlossenen Menschen mit moralischen Argumenten überhaupt erreichen und ihm solchermaßen diktieren können, was er wollen soll. In aller Regel handelt es sich bei Suizidwilligen um Menschen in einer tiefen Hoffnungslosigkeit, die der Fürsorge bedürfen.

VOLKER GERHARDT
*Professor für Praktische Philosophie, Rechts- und Sozialphilosophie –
Humboldt-Universität zu Berlin*

Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung – Selbstbestimmung in der Biopolitik

Zehn Punkte zur Orientierung über das Neue im Alten

Der nachfolgende Text enthält grundsätzliche Bemerkungen zur Selbstbestimmung in der biopolitischen Debatte in der Bundesrepublik Deutschland. Wiederholungen älterer Aussagen[1] wurden vermieden.

1. Meinungsklima

Im Frühjahr dieses Jahres machte ein Wort die Runde, ohne das diese zweite öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates zum Problem der Sterbehilfe vermutlich nicht zustande gekommen wäre: Es war das Wort vom „Fetisch Selbstbestimmung". Da es aus einer kritischen Haltung gegenüber biopolitischen Innovationen rührte, löste es keinen Sturm der Entrüstung aus. Es wurde vielmehr wiederholt und anerkennend zitiert.

Die Duldsamkeit wird niemanden überraschen. In Deutschland findet jeder ein offenes Ohr, der die Fortschritte der biowissenschaftlichen Forschung als Bedrohung und die Chancen der medizinischen Technik als Gefährdung der Humanität verwirft.

Wer auch nur wagt, die damit einhergehende Dogmatisierung eines alten Zustands (der ja seinerseits bereits auf zahllosen Errungenschaften von Wissenschaft und Technik

1 Dazu verweise ich auf die folgenden Publikationen: V. Gerhardt 2004, Letzte Hilfe. Das moralische Problem im Umgang mit unheilbar Kranken, in: ders., Die angeborene Würde des Menschen. Aufsätze zur Biopolitik, Berlin, S. 161–78; ders. 2004, Not und Notwendigkeit des Todes, in: ebd., S. 179–201; ders. 2004, Noch einmal: Selbstbestimmung vor dem Tod, in: Zeitschrift für Biopolitik 3, 3, S. 177–180. Außerdem: V. Gerhardt 2001, Der Mensch wird geboren. Kleine Apologie der Humanität, München.

beruht) in Frage zu stellen, wird ohne Rücksicht auf die Achtung vor seiner Person als gewissenloser Parteigänger der Forschungslobby denunziert. Wenn es philosophisch klingen soll, wirft man ihm „Utilitarismus“ vor, ganz gleich, ob er tatsächlich dem Prinzip der Nutzenkalkulation anhängt, und natürlich auch ohne Rücksicht darauf, ob der Utilitarismus wirklich so verwerflich ist, wie man gerne tut.[2] Doch wie dem auch immer sei: Im vernebelten Meinungsklima unserer Republik ist jeder willkommen, der bioethische Zweifel sät, um biopolitische Abwehr zu ernten.

2. Innovation und Tradition

Menschlich gesehen ist die Abwehr des Neuen verständlich. Platon, der erste Philosoph, der politische Fragen systematisch behandelt und dem wir nicht nur eine große Parabel über den Zusammenhang von seelischer Ordnung und politischer Gerechtigkeit,[3] nicht nur eine auf die Verknüpfung individueller Gegensätze gründende Lehre politischer Organisation verdanken,[4] sondern auch den ersten realistischen Verfassungsentwurf Europas,[5] Platon sieht die größte Gefahr für ein geordnetes Gemeinwesen in der Neuerungssucht (*philía tōn neōn*) der Jugend und der Künstler.[6]

Das ist für sich schon bemerkenswert genug. Schließlich bilden wir uns ein, erst die Moderne setze den Menschen unablässigen Veränderungen aus. Viele meinen, erst in der Neuzeit ereile den Menschen das Schicksal des Wertewandels und des unwiederbringlichen Traditionsverlusts. So gut wie alle sind davon überzeugt, erst das „moderne Subjekt“ sei Opfer des von ihm selbst erzeugten Fortschritts, so dass es gut daran tue, sich eine Atempause in der beschleunigten Umwälzung aller Dinge zu verschaffen.

3. Erziehung: Über das Alte zum Neuen

Platon berichtet, dass schon im ägyptischen Großreich[7] die Sorge vor der unablässigen Veränderung der Einstellungen und Werte so groß gewesen sei, dass alles, was man für die Kontinuität des Daseins als wichtig erachtete, für „heilig“ erklärt worden sei.[8]

2 Ich möchte die Eltern sehen, die in der moralischen Erziehung ihrer Kinder ohne den Hinweis auf schmerzhafte Folgen für Menschen und Tiere auskommen. Zumindest in der Sensibilisierung für ethische Fragen geht es nicht ohne die Mutmaßung über das mögliche Wohlbefinden anderer Lebewesen, auch wenn man darauf kein allgemein gültiges Prinzip der Ethik gründen kann.
3 Platon, Politeia (begonnen etwa 387 vor Christus, abgeschlossen etwa 367).
4 Platon, Politikos (geschrieben etwa 355 vor Christus).
5 Platon, Nomoi (347 vor Christus unabgeschlossen hinterlassen, etwa 320 von einem Nachfolger abgeschlossen).
6 Nomoi, VII. Buch, 797a ff.
7 Also in der Zeit, über die der Ägyptenkenner Platon etwas wissen konnte: zwischen 2.500 bis 400 vor Christus.
8 Nomoi, VII. Buch, 799a. Platon versteht das *kathiereuein* tatsächlich als einen bewussten Akt, den er politisch nachzuahmen empfiehlt. Hier also wird das Heilige nicht vorgefunden, sondern politisch gemacht. Auch das ist ein Hinweis darauf, dass die Antike der Moderne nicht so ferne steht, wie die Modernen glauben.

Platon nimmt die altägyptische Heiligsprechung dessen, was sich nicht verändern soll, zum Vorbild. Deshalb haben die Fest- und Feiertage in seinem Verfassungsentwurf eine besondere Bedeutung. Doch im Bewusstsein der damals schon gut 80 Jahre zurückliegenden ersten „sophistischen“ Aufklärung, die mindestens so einschneidend war wie die zweite Aufklärung des 18. Jahrhunderts, und angesichts der Tatsache, dass die Menschen seiner Zeit den Göttern nur wenig Aufmerksamkeit schenken (vor allem die Jugend war gegen Ende des fünften vorchristlichen Jahrhunderts kaum noch zum Tempelbesuch zu bewegen),[9] schlägt Platon den Weg ein, den auch wir für den einzig gangbaren halten, nämlich den über eine gute Erziehung. Letztlich können nur Wissen und Bildung die Kontinuität erzeugen, die eine sich selbst steuernde Gesellschaft benötigt.[10]

4. Öffentliche Fremdkontrolle

Es befremdet und empört uns bis heute, dass Platon im Interesse der Erziehung auch Zensurmaßnahmen für angebracht und durchführbar hält. Aber wenn wir sehen, welche manifesten Kontrollen im öffentlichen Diskurs über bioethische Fragen wirksam sind, dann scheint es heute doch mehr Platoniker zu geben als vermutet.

Wenn etwa der Bundeskanzler nicht sagen darf, dass er sich eine Zunahme biowissenschaftlicher Forschung wünsche, ohne der „Gewissenlosigkeit“ gescholten zu werden; wenn einem zeitweilig als Minister tätigen Philosophen unterstellt wird, er verbreite „Killerparolen“, nur weil er an die „Selbstachtung“ als Prinzip der Selbstschätzung des Menschen erinnert; oder wenn die Bundesjustizministerin, weil sie die mögliche Verfügung über das eigene Sterben rechtlich sichern will, zur „Buchhalterin des Sterbens“ avanciert, dann sehen wir, wie auch ohne Zensur für Immobilität gesorgt werden soll.

Doch über das Meinungsklima ist bereits genug gesagt worden. Mir genügt, wenn bewusst wird, dass Veränderung von Anfang an zur menschlichen Kultur gehört und der Versuch, ihr Einhalt zu gebieten, auch.

5. Eine persönliche Ansicht

Ganz gleich, wie die geschichtlichen Tatsachen sind: Man kann es niemandem verwehren, von ihnen abzusehen. Jeder hat das Recht, seine Zeit seinem eigenen Urteil

9 Vgl. dazu die Bemerkungen des Tempelpriesters Euthyphron im gleichnamigen Dialog Platons.
10 Nach der Beschreibung des Politikos ist der Mensch das „sich selbst steuernde“ Herdentier. Es kann nur dann in Übereinstimmung mit seinen eigenen Ansprüchen leben, wenn sich auch die Herde, in der es lebt, selbst steuert. Das kommt dem modernen Politikverständnis sehr weit entgegen.

zu unterwerfen. Deshalb darf ich gestehen, dass mir persönlich die Dynamik der Zivilisation, die dem verbesserten Komfort alles opfert, widerstrebt. Die Welt, die in der Raserei unablässiger Verbesserungen entsteht, hat meine Sympathien nicht, und es ist tröstlich zu wissen, dass man unter diesen Bedingungen nur ein Leben hat.

Gleichwohl habe ich kein Verständnis für jene, die in ihren politischen Optionen so tun, als könnten sie den Prozess der Zivilisation verzögern, umkehren oder gar zum Stillstand bringen. Denn man braucht nur ein Minimum an Selbstbeobachtung, um sich einzugestehen, dass man in allem, was man selber tut, die Beschleunigung der weltweiten Modernisierung befördert. Oder gibt es jemanden, der sich vernehmlich gegen die Umwälzungen wehrt – ohne sie durch Teilnahme zu verstärken? Jemanden, der nicht liest, der nicht telefoniert, nichts verwendet, was mit modernen Verkehrsmitteln transportiert werden muss, und der sich vom Geld ebenso fern hält wie von der Medizin?

Gewiss, es gibt Menschen, die lehnen Bluttransfusionen ab. Aber sie stehen gleichwohl an den Straßenecken, tragen Gore-Tex und haben ihre im Rotationsdruck hergestellten Broschüren durch Plastikfolien gegen die Witterung geschützt. Ich muss das nicht vertiefen. Es genügt die Feststellung, dass wir alle die Dynamik verstärken, die den Umschwung aller Verhältnisse beschleunigt und Neues stets auf Kosten des Alten schafft. Wir sind es selbst, die abstraktes Recht, bürokratische Administration und technische Konvention an die Stelle vertrauter Selbstverständlichkeiten setzen. Dabei geben wir Gewohnheiten auf, die noch vor kurzem provozierende Neuerungen waren. Und um uns im selbst erzeugten Wandel nicht selbst zu verlieren, vertrauen wir auf Hilfsmittel, die alles nur noch allgemeiner und schneller machen: auf die formalisierte Interessenvertretung, auf die Wissenschaft und auf die Technik. Also beschleunigt auch der Nationale Ethikrat die Krise, in der er raten soll.

6. Der basale Akt der Menschwerdung

Wie kann ein Mensch mit den Belastungen durch die Geschichte und im Sog permanenter Veränderungen leben? Nur dadurch, dass er sich selbst zu bestimmen sucht. Die Selbstbestimmung ist das Grundprinzip des menschlichen Lebens. In ihr verwandelt der Mensch den Grundimpuls des Lebendigen überhaupt, nämlich die Selbstorganisation, in einen bewussten Umgang mit seinem eigenen Dasein. In der Selbstbestimmung kommt die Freiheit des Menschen zu ihrem praktischen Ausdruck; hier wird sie in den Anspruch einer eigenen Verfügung über das Leben übertragen. Folglich legt sie den Grund für die menschliche Würde, die wir in der Person eines jeden Einzelnen zu achten haben.

Selbstbestimmung kann als der basale Akt der bewussten Menschwerdung bezeichnet werden, der ohne Freiheit nicht denkbar ist und ohne den sich weder die Personalität noch die Würde des Menschen verstehen lassen. Wer die Selbstbestimmung zum „Fetisch“ erklärt, macht auch die Prinzipien der Ethik zum „faulen Zauber“. Es fehlt nur noch, dass er die grundgesetzlich garantierten Grundrechte zum „Opium fürs Volk“ deklariert, dann haben wir das Vokabular zusammen, mit dem ein für viele noch heute als groß geltender Autor der Moral, dem Recht und der Religion den Garaus machen wollte. Karl Marx, den ich hier im Auge habe, wäre kürzlich um ein Haar zum größten Deutschen erkoren worden. Das legt eine tiefere Schicht des öffentlichen Bewusstseins in Deutschland frei.

7. Ein neues Wort ...

„Selbstbestimmung“ ist ein vergleichsweise junges Wort, das wir Immanuel Kant verdanken. Er nahm den seit langem üblichen Terminus der „Bestimmung“, den wir heute noch in der Botanik verwenden (wo er so viel wie „Definition“ oder „Determination“ bedeutet), und übertrug ihn auf das praktische Verhältnis des Menschen zu sich selbst.

Dabei kam ihm die bereits ausgeprägte praktische Bedeutung des deutschen Worts entgegen. 1748 hatte der Berliner Theologe Johann Joachim Spalding sein Buch über „Die Bestimmung des Menschen“ geschrieben und dargelegt, welche „Bestimmung“ dem Menschen von seinem Schöpfer auferlegt worden sei. Der aufgeklärte Spalding ging davon aus, dass der Mensch das göttliche Geschick zu begreifen und in seine eigene, bewusst zu lebende Bestimmung umzusetzen habe.

8. ... für eine alte Aufgabe

Das kleine gehaltvolle Werk des Theologen Spalding erlebte allein 13 Auflagen zu Lebzeiten Immanuel Kants. Der Begriff der Selbstbestimmung lag somit zum Greifen nahe. Kant verwendet ihn daher auch so, als habe es ihn schon immer gegeben, um damit die „Autonomie“ des Willens zu bezeichnen, in der ein Mensch zu seiner eigenen Verantwortung gelangt. Alles, was Kant zur Begründung der Freiheit, zum Primat der Vernunft, zum Selbstzweck der Person und zur Unbedingtheit des Sittengesetzes sagt, schießt im Begriff der Selbstbestimmung zusammen.

Das haben seine großen Nachfolger augenblicklich erkannt, allen voran Friedrich Schiller, der die Verbindung mit der menschlichen Würde auch in den Gestalten

seiner Dramen unauslöschlich machte.[11] Bei Fichte und Hegel – und das ist einer der wenigen Punkte, in denen sie sich einig sind – wird die Selbstbestimmung zum Ursprungsakt der Sittlichkeit, aus dem auch Recht und Politik entspringen.

9. Neue Chancen in einer alten Tradition

Die Herkunft des praktischen Begriffs der Selbstbestimmung aus der theoretischen Bestimmung von Sachverhalten legt alte, längst verloren geglaubte Parallelen zwischen Erkennen und Handeln frei. Sie ermöglicht zugleich, neuesten Gemeinsamkeiten zwischen dem in Natur und Gesellschaft tragenden Prozess der Selbstorganisation und den Akten des Selbstbewusstseins nachzugehen. In den Leistungen der Selbstbestimmung verliert der die moderne Debatte irritierende Abgrund zwischen Sein und Sollen an Bedeutung, und es wird möglich, die Ethik ohne rituelle Abgrenzung von den Natur- und den Sozialwissenschaften zu begründen.[12]

Da fügt es sich gut, wenn der neue Begriff Selbstbestimmung mit den ältesten Überlegungen zur Bestimmung des Menschen zusammenfällt: Bei Platon ist der „ungehörnte", „unbehufte" und „federnlose" Mensch ein „zweibeiniges, in Herden lebendes und sich aus freiem Willen selbst bewegendes Tier", das sich selbst zu lenken und so zu steuern vermag, dass es sich der schweren Aufgabe stellt, „für sich selber Sorge zu tragen".[13] Für die antiken Denker stand damit zugleich außer Zweifel, dass der Mensch auch selber zu lernen habe, wie man sterben müsse.

10. Altes im Neuen

In der modernen Lebenswelt ist so gut wie alles neu. Aber wenn der Mensch sich seiner Geschichte erinnert und sich kritisch fragt, was ihm möglich ist und was er um seiner selbst willen von sich verlangt, dann erscheint keineswegs alles so überraschend und ausweglos, wie es mit der Fixierung auf das Entwicklungstempo der Kultur erscheint.

Dann wissen wir erstens, dass der Mensch für sein Leben Sorge zu tragen hat, obgleich er es sich nicht selbst verdankt. Damit erledigen sich bereits alle Einwände gegen die Selbstbestimmung, die unterstellen, hier wolle der Mensch mehr, als er zu leisten vermag. Natürlich können Einzelne und Gruppen, ja ganze Völker scheitern,

11 Vor allem aber ist an seine theoretischen Ausführungen in den *Briefen über die ästhetische Erziehung des Menschen* und in *Über Anmut und Würde* zu denken.
12 Dazu des Näheren: V. Gerhardt 1999, Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität, Stuttgart.
13 Platon, Politikos, 274d. Die Begriffe sind unter anderem *autarkeia, autodidaktikē, autodiagōgē* und *epimeleia heautou.*

weil sie sich zu viel vorgenommen haben. Aber die Selbstbestimmung verlangt nicht mehr, als das zu tun, was ernsthaft von einem verlangt werden kann.

Dabei ist zweitens unvermeidlich, dass sich jeder in einem vorgegebenen Lebenskontext zu bewegen hat. Er muss zahllose Abhängigkeiten beachten, muss sie nach eigener Einsicht nutzen und wird nicht selten das größte Glück in dem erfahren, was ihm ohne sein Zutun zukommt. So gern er sich dann auch bestimmen und betreuen lassen kann, seine moralische Zuständigkeit lässt sich ebenso wenig suspendieren wie sein Recht auf Selbstbestimmung. Nur der Ausfall seiner Kräfte durch Krankheit oder unter Einwirkung äußerer Gewalt kann daran etwas ändern.

Zum Bewusstsein der Abhängigkeit gehört drittens die Anerkennung der Tatsache des Lebens mit der zugehörigen Folge des Todes. Man weiß von der begrenzten Zeit, die im Takt von Bedürfnis und Befriedigung, von Aufmerksamkeit und Ermüdung in kleine und kleinste Portionen aufgeteilt ist. Über sie lässt sich selbst nur in kleinen und kleinsten Schritten disponieren. Dies geschieht immer nur aus dem Binnenraum des Lebens. Wer hingegen über das eigene Dasein so verfügen will, als stünde er außerhalb, der überschätzt seine eigenen Kräfte, die ganz und gar zum eigenen Leben gehören. Deshalb liegt im Suizid, der angesichts der Realität des Daseins immer verständlich ist, aber niemals hinreichend begründet werden kann, ein anmaßender Umgang mit den eigenen Kräften.

Selbstbestimmung ist viertens an bewusst gemachte, also mitteilbare Ziele und Zwecke des Menschen gebunden. Wer sich selbst bestimmt, hat die Möglichkeit der Kommunikation über seine Motive und Interessen. Auch dadurch entstehen Verbindlichkeiten, denen man in der Regel von sich aus zu genügen sucht und die in der Regel auch die Umgebung zur Aufmerksamkeit verpflichten.

Die Struktur des Selbstbewusstseins, das notwendig zur Selbstbestimmung gehört, besteht fünftens aus einer Beziehung eines Ich auf andere außer seiner selbst, die stets auf gemeinsame Sachverhalte gerichtet ist. Das Ich, die anderen und die von ihnen gemeinte Welt gehören zusammen. Unter den praktischen Bedingungen der Selbstbestimmung kommt diese Struktur des Bewusstseins als Selbstverantwortung, als Verantwortung für seinesgleichen und als Verantwortung für die Welt, in der ihr Leben möglich ist, zum Ausdruck.

Die unaufhebbare Einbindung in den natürlichen, geschichtlichen und sozialen Kontext des Lebens stellt sechstens klar, dass die Selbstbestimmung nicht in Opposition zur Verantwortung oder zur Solidarität zu begreifen ist. Das wird zwar immer wieder behauptet, aber man braucht sich nur vor Augen zu führen, wie man jemanden dazu bringen kann, Verantwortung wahrzunehmen oder Solidarität zu üben: In jedem Fall ist an seine eigene Einsicht oder an sein gegebenes Wort zu erinnern. Somit zeigt sich, dass die Selbstbestimmung auch allen sozialen Pflichten zugrunde liegt.

Siebtens kommt das Recht auf Selbstbestimmung dem Menschen für die ganze Zeit seines Lebens zu. Es ist nicht an Vorleistungen des Selbstbewusstseins gebunden. Im Fall schwerster Erkrankungen kann es zwar auf dem Rechtsweg eingeschränkt werden, aber niemals dazu führen, dass ein Einzelner, eine Gruppe oder auch ein Schiedsgericht über das Lebensende eines anderen verfügt. Das folgt aus der strikten Bindung der Selbstbestimmung an die Freiheit, den Selbstzweck der Person und die Würde des Menschen.

Achtens schließt das Recht auf Selbstbestimmung ein, dass einem Menschen nicht verwehrt werden kann, sich selbst das Leben zu nehmen. Selbst wenn die besten Gründe gegen die Selbsttötung sprechen, haben wir jedem das Recht zuzugestehen, seine eigene Disposition über sein Lebensende zu treffen.

Mit diesem Recht ist neuntens die Pflicht der Gesellschaft verbunden, den Willen des Einzelnen zu respektieren. Das gilt auch für langfristige Dispositionen, die einer für sein Lebensende trifft. Da sich diese Disposition auf die eigene Lebensführung bezieht, muss sie jederzeit revidierbar sein. Sie kann sich überdies nur auf jene Lebenslagen erstrecken, in denen das Sterben durch Handlungen anderer verlängert wird. Denn alles andere würde einen Menschen nötigen, über das Leben eines anderen mit einer Endgültigkeit zu verfügen, die sowohl der Selbstbestimmung des einen wie auch der des anderen entgegensteht.

Auf eine abschließende Formel gebracht, lässt sich zehntens sagen: Selbstbestimmung des einen setzt die Anerkennung der Selbstbestimmung des anderen voraus. Deshalb verbietet es die Achtung vor der Selbstbestimmung des anderen, von ihm zu verlangen, dass er mir die Selbstbestimmung endgültig nimmt. Wer eine Tötung auf Verlangen will, verlangt von sich selbst zu wenig und vom anderen zu viel. So richtig es daher sein kann, den Willen eines Sterbenden zu akzeptieren, so verwerflich ist es, ihm die Entscheidung abzunehmen.

Der Respekt vor der Selbstbestimmung verlangt, dass ich dem anderen das Recht auf seinen eigenen Tod nicht nehme. Der Respekt vor der Selbstbestimmung des anderen verlangt aber auch, dass niemand, der sein Leben nicht mehr erträgt, von einem anderen erwartet, dass er es ihm nimmt. Die passive Sterbehilfe ist durch die Moral und durch das Menschenrecht gedeckt, nicht aber eine aktive Handlung, die den Tod eines anderen herbeiführt. Es mag in einem langjährigen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu einer Situation kommen, in der der Arzt im Einvernehmen mit dem Sterbenden weiß, was zu tun ist. Aber wenn das, was heute als „aktive Sterbehilfe" verhandelt wird, zum Auftragsbestand von Institutionen (oder wirtschaftlich arbeitenden Organisationen) wird, verkehrt sich die Idee der Selbstbestimmung in ihr Gegenteil.

Wer selbstbestimmt aus dem Leben scheiden will, muss es schon selber tun. Er kann und darf von anderen nicht erwarten, dass sie sein Leben beenden. Die Fortschritte der Medizin dürfen ihn jedoch erwarten lassen, dass sein Leben nicht künstlich verlängert wird. Er hat vor allem das Recht, apparative Eingriffe abzulehnen. Diese Ablehnung muss er auch im Vorhinein so artikulieren können, dass sie für andere – im Fall seiner eigenen Unfähigkeit – verbindlich ist. Das Instrument der Patientenverfügung ist daher moralisch und juridisch zu stärken. Wer ein Testament für möglich hält, darf, wenn er konsequent ist, die Rechtswirksamkeit einer Patientenverfügung nicht in Abrede stellen.

MARTIN SEEL
Professor für Philosophie – Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

Bedingungen und Grenzen der Selbstbestimmung – über die Reichweite von Selbstbestimmung

„Selbstbestimmung am Ende des Lebens“ ist ein sehr optimistisch klingender Titel für das Bemühen um eine angemessene Ethik des Sterbens. Sehr – in meinen Augen zu – optimistisch klingt dieser Titel schon deshalb, weil jede Ethik des Sterbens zugleich eine Ethik der Begleitung des Sterbens ist, die eine Übernahme von Verantwortung von Nahestehenden und Betreuenden besonders in dem Fall verlangt, in dem die Fähigkeit zur Selbstbestimmung auf Seiten des Patienten geschwächt oder verloren gegangen ist. Allzu optimistisch ist diese Überschrift aber auch deshalb, weil das „Eintreten des Lebensendes“ in der Regel kein selbstbestimmter Vorgang ist, auch dann nicht, wenn es aus der Sicht der Sterbenden ein positiver Vorgang ist. Der Tod markiert eine Grenze aller Selbstbestimmung, gegen die auch eine noch so umsichtige Vorbereitung nichts auszurichten vermag. Dennoch, trotz seines beschönigenden Klangs, halte ich den Titel der Tagung, die diesem Sammelband vorausging, nicht geradewegs für falsch. Denn es ist gerade der Grundsatz der praktizierten und respektierten Selbstbestimmung, der einer sensiblen Ethik des Sterbens die entscheidenden Hinweise gibt. Diese Auffassung möchte ich in drei Schritten erläutern. Ich werde zunächst ein möglichst plausibles Verständnis von Selbstbestimmung umreißen, danach das Problem des ethischen Respekts in Fällen verminderter Selbstbestimmung berühren und schließlich auf die Grundlagen schwieriger Entscheidungen im Angesicht des Todes eingehen.

Zum Begriff der Selbstbestimmung

Selbstbestimmung lässt sich als die Fähigkeit von Personen verstehen, das eigene Leben so zu führen, wie sie es unter den gegebenen Umständen nach eigener Einschätzung wollen. Dies setzt eine Reihe weiterer Fähigkeiten voraus, unter anderem die zu überlegen, was alles in allem das Beste für einen ist. Dies wiederum setzt voraus, dass die Person ihre Situation ein Stück weit zu überschauen vermag, und folglich ebenso,

dass sie abwägen kann, welche Optionen vorteilhafter sind als andere. Selbstbestimmung heißt also, sich im Licht von Vergangenheit und Gegenwart auf die Zukunft einstellen zu können.

Freilich bedeutet dies – sich aufgrund eigener Kenntnis und Erkenntnis auf die Zukunft einstellen zu können – bekanntlich nicht, die eigene Zukunft bestimmen zu können oder sie im Griff zu haben. Auch wer sich in seinen Handlungen selbst zu bestimmen vermag, kann die Zukunft nicht bestimmen, auch nicht die eigene Zukunft. Denn zu einem selbstbestimmten Leben gehört wesentlich – ich bin fast versucht zu sagen: ein selbstbestimmtes Leben besteht wesentlich darin –, offen zu sein für das, was kommen mag, wie unbestimmt es auch vorerst noch sein mag. Das, was kommen mag, auch wenn vorerst ungewiss ist, was und wie es sein wird, können sowohl äußere als auch innere Umstände sein. Auch wer der Selbstbestimmung fähig ist, kann seiner Wünsche und Absichten, Hoffnungen und Erwartungen so wenig ein für alle Mal sicher sein wie der äußeren Lebensumstände, in denen er sich in seiner jeweiligen Gegenwart befindet.

Diese zu einem selbstbestimmten Leben gehörende Bereitschaft, sich auf das Kommende einzustellen und auf es zu reagieren, darf aber nicht allein negativ verstanden werden: so, als müssten wir immer, wenn nicht mit dem Schlimmsten, so doch mit tausend Widrigkeiten rechnen. Diese Bereitschaft muss vielmehr in entscheidender Hinsicht positiv verstanden werden – als Fähigkeit, sich im eigenen Wollen durch vielfältige Gegebenheiten und Gelegenheiten bestimmen zu lassen. Es handelt sich hier wiederum nicht allein um äußere Gegebenheiten und Gelegenheiten, also nicht antizipierbare Lebensumstände, in die man geraten wird, sondern gleichermaßen um innere, physische ebenso sehr wie psychische Verfassungen, die sich ändern können und über kurz oder lang verändern werden. Wer seiner Fähigkeiten allzu sicher ist, ist zur Selbstbestimmung gar nicht fähig. Denn wer selbstbestimmt leben will, muss darauf eingestellt sein, sich auch künftig von sich bestimmen zu lassen: von Vorlieben und Neigungen, Möglichkeiten und Grenzen, die nicht jeweils heute ein für alle Mal festgestellt werden können. Zu aller Selbstbestimmung gehört eine Aufmerksamkeit gerade für unwillkürliche Verschiebungen der eigenen Position und Disposition: für ereignishafte Veränderungen in der eigenen Befindlichkeit und in den eigenen Bestrebungen, die in das, was einem selbst als erstrebenswert und erreichbar erscheint, aufgenommen werden können oder aufgenommen werden müssen. Freilich könnte von Selbstbestimmung gar nicht die Rede sein, wenn es nicht bei dieser Beachtung des von innen wie von außen Kommenden darauf ankäme, aus

eigener Abwägung und Entscheidung festzulegen, welches das für den eigenen Lebensweg jeweils günstigste Verhalten ist. Auch die beste derartige Festlegung ist immer eine Festlegung auf Zeit, die durch neue Umstände außer Kraft gesetzt werden kann oder die, wenn sie ein Leben lang halten soll, immer wieder bekräftigt werden muss. Es scheint mir aber gerade mit Blick auf die Fragen einer Ethik des Sterbens entscheidend, sich von Anfang an klar zu machen, dass sich Selbstbestimmung nicht in Akten der Selbstverfügung, sondern in solchen einer stets von neuem erforderlichen Modifikation des eigenen Selbstverständnisses vollzieht – einer Modifikation, die weder einen definitiven Anfang noch ein definitives Ende kennt.

Verminderte Selbstbestimmung

Eine Orientierung an dieser Fähigkeit, sich zu bestimmen und doch zugleich sich bestimmen zu lassen,[1] dürfte auch dort maßgebend sein, wo ihre Ausübung gestört oder verloren gegangen ist, wo also eine Person das eigene Bestreben nicht länger durch eigene Erfahrung und Überlegung steuern kann – wie es bei schweren psychischen Störungen oder fortgeschrittener Demenz der Fall ist. Hier müssen andere die Lenkung – oder einen Teil der Lenkung – von Personen übernehmen, die dies nicht mehr oder nicht mehr in vollem Maße selbst übernehmen können. Auch dort aber, wo Menschen der Selbstbestimmung vorübergehend oder auf Dauer nicht mehr (oder nicht mehr in vollem Maße) fähig sind, bleibt deren nicht mehr (oder nicht mehr in vollem Maße) gegebene Fähigkeit der Selbstlenkung und Selbstartikulation der entscheidende Maßstab für ihre Behandlung als Behinderte oder Patienten.

Sie bleibt dies in zweierlei Hinsicht. Maßgeblich ist hier zum einen, was die betreffende Person in ihrer nun vorliegenden Situation vermutlich bevorzugt hätte oder aus eigener Überlegung bevorzugen würde; das geläufige, manchmal aber auch leichtfertig gebrauchte Argument, „sie hätte das so gewollt (beziehungsweise nicht gewollt)", weist auf die Möglichkeit einer Orientierung an dem vormaligen Willen pflegebedürftiger Personen hin. Nicht weniger wichtig aber ist die andere Hinsicht einer Orientierung daran, was diese Person angesichts ihres gegenwärtigen Verhaltens tatsächlich bevorzugt. Denn wo auf Überlegungen und Gründe gestützte Stellungnahmen nicht länger möglich sind, bleibt immer noch das konkrete Verhalten als eine Form von Stellungnahme derjenigen Menschen übrig, die die Fähigkeit zu einer überlegten Selbststeuerung verloren haben. Dieses Verhalten ist als eine Artikulation von Bedürfnissen

1 Das ist die im Titelaufsatz meines Buches „Sich bestimmen lassen" (Frankfurt am Main, 2002) entwickelte Formel.

und Wünschen zu verstehen, gerade dann, wenn diese nicht länger verbal artikuliert oder konsistent formuliert, geschweige denn begründet werden können. Man kann dies in jeder Pflegestation mit vorwiegend dementen Bewohnern beobachten, wie diese ihre Bestrebungen, ihre Vorlieben und Abneigungen, ihr Einverständnis und ihre Ablehnung durchaus zu äußern wissen, auch wenn sie sich nicht länger verbal äußern können. Sie äußern sich durch ihre Reaktion auf die Situationen, in denen sie sich befinden. Die Fürsorge für verstörte Menschen darf sich also nicht nur danach richten, was der betroffene Mensch bevorzugt hätte, sondern muss sich ebenso sehr danach richten, was er in seiner gegenwärtigen Lage erkennbar bevorzugt.

Diese beiden Hinsichten der Rücksicht freilich können miteinander in Konflikt geraten. Dann entsteht eine Spannung zwischen dem, was die Person vormals gewollt hat oder vermutlich gewollt hätte, und dem Bestreben, das sie gegenwärtig in ihrem Verhalten zeigt. Von denen, die jetzt mit ihr leben oder sie betreuen, ist daher eine Abwägung zwischen dem vormaligen und dem aktuellen Bestreben dieser Person verlangt, bei der, wie ich meine, im Zweifel dem aktuellen Bestreben der Vorrang gegeben werden sollte: Wie sich die Person in ihrem gegenwärtigen Verhalten äußert, muss als Ausdruck ihres Willens berücksichtigt und, soweit es geht – soweit es für sie selbst gut, mit ihrem Wohlergehen vereinbar ist –, respektiert werden. Sowenig bei Pflegebedürftigen, die der eigenen Entscheidung über ihre Situation nicht mehr fähig sind, der frühere Wille einfach übergangen werden darf, sosehr muss doch das im gegenwärtigen Verhalten sich äußernde Bestreben als eine Interpretation – und nicht selten Revision – dieses früheren Wollens aufgefasst werden. Dieses Wollen, das sich im Verhalten der betreffenden Personen äußert, bleibt auch dort, wo es – vorübergehend oder dauerhaft – von keinen überlegten Äußerungen getragen ist, eine zentrale Richtlinie bei der Gestaltung ihrer Lebensverhältnisse – gerade dort, wo diese von anderen übernommen werden muss.

Ob das Erlahmen oder Erliegen der geistigen Kräfte „vorübergehend“ oder „dauerhaft“ ist, macht jedoch einen wesentlichen Unterschied. Denn wo die Aussicht besteht, einen Kranken wiederherstellen zu können, hat der erklärte Wille des Gesunden ein anderes Gewicht als dort, wo es sich – wie bei der Alzheimer-Krankheit – um einen irreversiblen Prozess handelt. Das frühere „So-will-ich-nicht-leben“ eines Alzheimer-Patienten im fortgeschrittenen Stadium beispielsweise wird überstimmt durch sein aktuelles Verhalten, an dem die betreuenden Personen erkennen können, was seinem Wohlergehen unter den jetzigen Umständen zuträglich oder abträglich ist. Hingegen kann der Widerstand eines aller Wahrscheinlichkeit nach nur vorübergehend verwirrten Menschen gegen eine bestimmte Behandlung – unter Missachtung dessen, was er oder sie aus seiner vorherigen Perspektive erklärter- oder bekanntermaßen will – überstimmt werden, um seine normale Lebensfähigkeit wiederherzustellen – eine Behandlung, von der man hofft, dass sie im Nachhinein die Zustimmung des Patienten findet.

Die Schwierigkeiten dieser hier angedeuteten Abwägung sind im Einzelfall oft erheblich, aber sie darf aus moralischen Gründen nicht umgangen werden. Denn es ist der Sinn dieser Abwägung, den Menschen so weit wie möglich weiterhin als Person – und das heißt hier: in seiner Lebensausrichtung – zu schützen und zu respektieren. Es ist ja nicht so, dass Menschen mit schwerer Demenz keinen Willen mehr hätten und darum nur noch gewaschen und ernährt werden müssten; wie die Gesunden unter uns haben auch sie ein Leben, in dem es ihnen um etwas geht und in dem es ihnen umso besser geht, je mehr es ihren Neigungen entspricht. Dass sie nicht länger zu verbalen Äußerungen und Überlegungen fähig sind, bedeutet nicht, dass ihr Leben nicht auf seine eingeschränkte Weise ein artikuliertes Leben wäre. Der Respekt vor diesem und die Fürsorge für dieses Leben sollten daher auf eine Berücksichtigung der Art und Weise gerichtet sein, wie sich den Betroffenen ihre Lebenssituation in ihren expliziten wie impliziten Äußerungen jeweils jetzt darstellt, und damit ein Gespür dafür enthalten, wie sie sich durch ihre jeweilige Lebenssituation bestimmen lassen. Es muss darauf geachtet werden, inwiefern Umstellungen in dieser Situation ihre Vorlieben und Abneigungen, ihre Erwartungen und Befürchtungen verändern können und umgekehrt. Gegenstand der Betreuung ist auch hier ein Mensch in einer von ihm als erträglich oder unerträglich empfundenen und damit bewerteten Lebenssituation. In diesem Sinn, meine ich, ist Selbstbestimmung auch eine maßgebliche Richtlinie im Umgang mit solchen Menschen, denen eine verantwortliche eigene Festlegung ihres Wünschens und Wollens nicht länger möglich ist. Auch diejenigen, die die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verloren haben, sind so weit wie möglich so zu behandeln, wie es ihren wichtigsten Bestrebungen im Leben entspricht.

Entscheidungen am Lebensende

Das Problem einer Abwägung zwischen vergangener und gegenwärtiger Präferenz stellt sich in der Nähe des Todes oft in besonderem Maße – und zwar auch in der Versorgung von Menschen, die noch oder noch weitgehend im Besitz ihrer geistigen Kräfte sind. Auch hier ist neben dem erklärten Willen, sofern ein solcher vorliegt, das Verhalten in der Situation der Krankheit ein entscheidender Bezugspunkt in der Berücksichtigung ihrer Interessen. Denn es kann sein, dass sich das, was sie als ihren Willen ausgesprochen und bekräftigt haben, an der Grenze des Lebens stillschweigend ändert

und daher im Verhalten eine Modifikation erfährt, die von Nahestehenden und Ärzten in Betracht gezogen werden muss. Daher bedarf das, woran einem Sterbenskranken gelegen gewesen wäre und woran ihm aktuell liegt, einer advokatorischen Auslegung durch Ärzte und Angehörige, wenn dieser seinen Willen nicht länger äußern kann. Diese Auslegung geschieht im Angesicht von Situationen, die von keinem der Beteiligten mit Sicherheit antizipiert werden können. Der Krankheitsverlauf, das Ausmaß des Leidens, die Chancen auf Wiederherstellung eines erträglichen Lebenszustands – dies sind Faktoren, über deren Entwicklung die Beteiligten häufig nur Vermutungen anstellen können, ebenso wie darüber, was man einem Sterbenden noch zutrauen oder ihm noch zumuten kann.

Keine noch so differenzierte Patientenverfügung wird diese zum Sterben gehörende Ungewissheit vollständig kompensieren können. Denn eine solche Verfügung dokumentiert lediglich das, was der Patient im Angesicht einer im Text der Verfügung schematisch vorgezeichneten Lage bevorzugt hätte. Ob er es aktuell noch bevorzugt, kann er entweder selbst sagen – dann ist die schriftliche Erklärung seines Willens überflüssig. Wenn er es aber selbst nicht mehr entscheiden und eindeutig sagen kann, bleibt die Frage offen, und zwar prinzipiell offen, ob und inwieweit der erklärte und der an den Lebensäußerungen des Patienten erkennbare Wille tatsächlich im Einklang miteinander sind. Blicke, Gesten, körperliche Reaktionen können in der Nähe des Todes Äußerungen sein, die etwas anderes zu verstehen geben als der informierte und überlegte Wille aus der Zeit davor. Daher sind die Betreuenden auch dann vor die Aufgabe einer Interpretation des Bestrebens des Patienten gestellt, wenn eine differenzierte und beglaubigte schriftliche Stellungnahme von dessen Seite vorliegt. Das, was er nach allem, was man an seinem Verhalten erkennen kann, gegenwärtig will, darf in der Behandlung von Sterbenden nicht übergangen werden.[2]

Daraus folgt jedoch nicht, dass Patientenverfügungen für den Prozess von Entscheidungen über die Fortsetzung bestimmter Behandlungen wertlos wären. Sie behalten für Ärzte und Angehörige eine wichtige Funktion, da sie die Position des Sterbenden auf eine unübersehbare Weise zur Geltung bringen, die nicht ohne weiteres übergangen werden darf. Gerade in Situationen der Unsicherheit über den weiteren Lebensverlauf tragen sie zu einer Klärung der Entscheidungssituation bei, indem sie die Beweislast verändern. Denn es müssen gewichtige Argumente vorgebracht werden, wenn anders gehandelt werden soll, als es die Verfügung des Sterbenden vorsieht. Insofern setzt eine gut abgefasste Verfügung einen Standard, an den alle Beteiligten in ihren Überlegungen und Entscheidungen insofern gebunden sind, als sie ihn nicht ignorieren dürfen. Patientenverfügungen können den Angehörigen gegenüber den Ärzten und auch diesen gegenüber jenen Argumente an die Hand geben, die sich auf den erklärten Willen des Patienten berufen. Denn dieser Wille zählt durchaus. Nur kann er nicht unbesehen in jeder Situation den Ausschlag geben, sei es, dass sie zuvor nicht antizipierbar war, sei es, dass sie eine Reaktion des Patienten hervorruft, die im Widerspruch zu seiner schriftlich niedergelegten Haltung steht. Der verantwortliche Umgang mit einer Verfügung sollte kein nachlassendes, sondern ein umsichtigeres Bemühen um das Wohl des Patienten zur Folge haben. Das aber bedeutet, dass auch der schriftlich erklärte und beglaubigte Wille stets in zweierlei Hinsicht der Auslegung bedarf. Die Auslegung betrifft erstens die Frage, ob die gegebene Situation unter diejenigen fällt, für die in der Erklärung bestimmte Maßnahmen akzeptiert oder verworfen werden. Sie betrifft zweitens die Frage, ob der gegebene Wille noch mit demjenigen übereinstimmt oder ihm nicht widerstreitet, der in der vorliegenden Verfügung seinen Ausdruck gefunden hat. Im ersten Fall kann es zu begründeten Entscheidungen kommen, die in der Patientenverfügung nicht vorgesehen sind. Im zweiten Fall kann es zu begründeten Entscheidungen kommen, die ihr inhaltlich widersprechen. Keine von beiden Konsequenzen darf durch das Zurateziehen von Patientenverfügungen ausgeschlossen werden. Denn diese sind kein Ticket für einen Tod nach Wunsch oder Maß, sondern besagen, welche medizinische Behandlung der Patient wollte, als er selbst seine Lage noch einschätzen und die Grundlinien seiner Behandlung bestimmen konnte. Soweit oder sobald er dies nicht mehr kann, geht die Last dieser Bestimmung an die Betreuenden und Nahestehenden über. Denn hier, am Ende des Lebens, ist eine Lage gegeben, in der von allen Beteiligten, soweit sie es können, verlangt wird, sich durch eine in der Gesamtheit ihrer Faktoren unwägbare Situation bestimmen zu lassen.

Dies aber stellt keinen Abbruch des Bemühens um Selbstbestimmung dar, sondern gerade eine exemplarische Situation dieses Bemühens. Sie ist exemplarisch in zweifacher Hinsicht: Zum einen zeigt sich hier, dass ethische Rücksicht grundsätzlich kein zweistelliges, sondern ein dreistelliges Verhältnis ist. Sie ist Rücksicht unter autonomen Personen gegenüber Personen, die über die Gabe der Selbstlenkung verfügen, noch

2 Dies gilt gerade auch bei dem Vollzug einer ärztlich begleiteten Tötung auf Verlangen, wie sie beispielsweise in der Schweiz und in den Niederlanden legalisiert worden ist. Der das Sterben begleitende Arzt muss im Prozess der Sterbevorbereitung auch hier strikt darauf achten, ob der Patient weiterhin zu seinem schriftlich dokumentierten Entschluss, sein Leben freiwillig zu beenden, tatsächlich steht – und muss ihm die Möglichkeit der Revision seiner Entscheidung offen halten. Selbst dort also, wo eine uneingeschränkte Fähigkeit zur Selbstbestimmung besteht, ist es nicht ausschließlich der ausdrücklich fixierte Wille des Patienten allein, nach dem sich die Betreuung richten sollte.

nicht oder nicht mehr verfügen.[3] Der Standardfall einer moralischen Beziehung ist nicht einfach der des wechselseitigen Respekts erwachsener und gesunder Menschen, sondern der einer je nach Lage wechselseitigen oder einseitigen, symmetrischen oder asymmetrischen Rücksicht aufeinander. Das ist deshalb so, weil keiner, der über die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verfügt und damit auch zu moralischer Rücksicht imstande ist, sich sicher sein kann, wie lange ihm diese Fähigkeit gegeben sein wird beziehungsweise wie lange er über die Mittel verfügt, die es ihm erlauben, anderen nicht zur Last zu fallen oder sie zu unterstützen. Krankheit und anderes Elend warten überall. Daher darf moralische Rücksicht nicht in den Normalfall der wechselseitigen und den Ausnahmefall der einseitigen Anerkennung aufgeteilt werden. Denn beide stellen gleichermaßen Normalfälle der Achtung unter Menschen dar – wie sich im Angesicht des Todes nur besonders deutlich zeigt.

Zum anderen wird in der skizzierten Situation exemplarisch deutlich, dass es keine eindeutige Grenze der Selbstbestimmung gibt. Denn ganz abgesehen von dem Phänomen sich vermindernder Fähigkeiten und Kräfte der Selbstlenkung, dem in Kindheit und Jugend dasjenige stetig anwachsender Fertigkeiten entspricht, liegen ethisch ernst zu nehmende Äußerungen des je eigenen Wollens auch dort vor, wo dies nicht länger ein freies Wollen ist. Die Grenzen zwischen diesen Stufen und Phasen sind allesamt fließend. Selbstbestimmung fängt nicht mit wohl abgewogenen Urteilen in eigener Sache an und hört nicht mit dem Verlust einer differenzierten Urteilsfähigkeit schlagartig auf; sie lässt nach, bis am Ende nur noch leibliche Regungen für sich selbst sprechen können. Doch auch wo statt der freien Artikulation eines eigenen Willens nur noch die pure Artikulation leiblichen Strebens steht, ist noch ein schwaches Bestimmendsein gegeben, das Betreuende beachten und achten können.

Denn auch hier ist es unverzichtbar, sich so zu der nachlassenden Lebenskraft der Patienten zu verhalten, wie es aus ihrer Sicht für sie das Beste ist. Außerdem sind hier folgenreiche Akte der Selbstbestimmung auf Seiten der Ärzte und Nahestehenden verlangt, die nach ihrem am besten gemeinsam zu bildenden Urteil entscheiden müssen, wie die Betreuung der Kranken fortzuführen ist. Und hierbei kommt es vor allem darauf an, dass jemand – und im günstigen Fall mehr als einer oder eine – da ist, der bereit ist, die Verantwortung für Entscheidungen über die Fortführung beziehungsweise das Aussetzen lebensverlängernder Maßnahmen zu übernehmen.

3 Hierzu ausführlicher: M. Seel 1995, Moralischer Adressat und moralisches Gegenüber, in: ders., Versuch über die Form des Glücks, Frankfurt am Main, Teil 3.

Diese Verantwortung nimmt wahr, wer die Entscheidung darüber, was für einen sterbenden Menschen das Beste ist, auch dort an seinen Äußerungen zu bemessen versucht, wo diese nicht länger durch eigene Überlegung gefilterte Äußerungen sind.

Selbstbestimmung am Ende des Lebens, so möchte ich resümieren, ist möglich und nötig. Aber wir sollten uns vor einem illusorischen Verständnis dieser Selbstbestimmung hüten. Für das Ende des Lebens wie für das Leben selbst ist kennzeichnend, dass die, die an ihm oder in ihm stehen, nicht wissen, wie es mit ihnen weiter- und schließlich zu Ende gehen wird. Die, die hier Entscheidungen treffen, müssen es nach bestem Wissen trotz dieses Unwissens tun. Den Sinn des Bemühens, andere in ihrer nachlassenden Lebensbewegung zu unterstützen, hebt dies deshalb nicht auf, weil Versuche der menschlichen Selbstlenkung immer und überall von Unwissenheit und Unbestimmtheit im Blick auf die ferne und die nahe Zukunft geprägt sind.

WOLFGANG VAN DEN DAELE
Professor für Soziologie – Wissenschaftszentrum Berlin

Einstellungen zum Sterben – Befunde aus der Umfrageforschung[1]

Die Konfrontation mit dem Ende seines Lebens ist für den Menschen unabwendbar. Aber sie ist nicht nur auferlegtes und erduldetes Schicksal. Sie liegt auch im Horizont eigenen Entscheidens, was durch die Selbsttötung drastisch vor Augen geführt wird. Die moderne Medizin vervielfältigt die Entscheidungssituationen. Das vervielfältigt zugleich die moralischen Fragen. Von der Selbsttötung über Behandlungsabbruch und Patientenverfügung bis zur aktiven Sterbehilfe steht zur Diskussion, ob man im Rahmen von Selbstbestimmung über das Ende seines Lebens verfügen darf und ob man andere an dieser Verfügung beteiligen und sie daran binden darf.

Bei diesen Fragen geht es um moralische Wertungen. Dass die Umfrageforschung hierzu etwas beizutragen hat, liegt nicht auf der Hand. Sie kann allenfalls Auskunft darüber geben, wie die Menschen tatsächlich werten und wie diese Wertungen in der Bevölkerung verteilt sind. Damit sagt sie aber streng genommen nichts über die normative Geltung der Wertungen aus. Trotzdem kann auch normativ nicht vollkommen gleichgültig sein, wie die Realität der Wertungen in unserer Gesellschaft aussieht. Das soll zunächst erläutert werden.

Die Zentralität von Selbstbestimmung

Es kennzeichnet die Wirklichkeit unserer Gesellschaft, dass sie ein liberaler Verfassungsstaat ist, in dem kollektive Regulierung als Einschränkung garantierter individueller Freiheit gerechtfertigt werden muss. Diese Wirklichkeit wurde nicht durch einen verfassungspolitischen Kraftakt im Jahre 1949 geschaffen. Sie ist Ergebnis eines historischen Trends, der mit dem Aufstieg der bürgerlichen Gesellschaft einsetzt und kulturelle Ordnungen entwertet, die vorgeben, was Sinn und Ziel menschlichen Lebens ist. Durkheim diagnostiziert zu Beginn des vorigen Jahrhunderts, „dass sich das Kollektivbewusstsein immer mehr auf den Kult des Individuums

1 Ich danke Michael Neuber für vielfältige Hilfe bei der Zusammenstellung dieser Daten.

reduziert".[2] Lebensführung wird individueller Selbstbestimmung überantwortet. Es steht nicht mehr fest, wie Menschen leben sollen, sie können (und müssen) entscheiden, wie sie leben wollen.

Die Zentralität von Selbstbestimmung ist nicht (nur) ein moralisches Postulat, sie ist eine empirische Realität. Gesellschaften schreiben in ihren kulturellen Institutionen Wertungen fest (Rationalitätskonzepte, moralische Prinzipien, Verfahrensideale), die festlegen, was normativ erwartet wird, und das Repertoire der Argumente begrenzen, die man im öffentlichen Streit geltend machen kann. Objektives Wissen, Menschenrechtsmoral, Gleichheitsansprüche und säkularer Staat sind Elemente derart kanonisierter Wertungen in modernen westlichen Gesellschaften. Diese Wertungen gelten nicht, weil sie sich vor dem Forum einer kontextfreien, geschichtslosen Vernunft als philosophisch richtig ausweisen können. Sie gelten, weil sie Ausdruck einer konkreten, gewachsenen Kultur sind und faktisch als richtig anerkannt werden. Soweit sie in unsere Rechtsverfassung der Gesellschaft eingelassen sind, werden sie durch das Bundesverfassungsgericht ausgelegt und gelegentlich auch gegen den demokratischen Gesetzgeber durchgesetzt. Solche Wertungen sind nicht auf ewig in Stein gemeißelt. Aber sie sind, solange sie gelten, eine Wirklichkeit der Gesellschaft.

Der Freiheitsgewinn, den die Durchsetzung von Selbstbestimmung gebracht hat, ist ambivalent. Das ist nie verkannt worden. Die Frage, wie unter dem „Kult des Individuums" soziale Ordnung und Solidarität gewährleistet werden können, bewegte schon die Klassiker der Soziologie am Ausgang des 19. Jahrhunderts; ein jüngster Reflex ist die Kontroverse zwischen Liberalismus und Kommunitarismus in der Sozialethik (Honneth 1993). Ebenso ist Sinndefizit ein endemisches Problem in modernen (westlichen) Gesellschaften geblieben. Als Kehrseite der Emanzipation von der kulturellen Deutungsmacht der Religion und Tradition entsteht die Last, den Sinn des Lebens selbst zu definieren oder, wie Max Weber formuliert, den Dämon seines Lebens zu finden.[3]

2 1988 [1902], S. 478. Durkheim sieht in diesem Kult eine Ersatzreligion, die an die Stelle der unverbindlich gewordenen traditionellen Religion tritt: „In dem Maße, in dem alle anderen Überzeugungen und Praktiken einen immer weniger religiösen Charakter annehmen, wird das Individuum zum Gegenstand einer Art Religion. Wir haben für die Würde der Person einen Kult, der, wie jeder starke Kult, bereits seinen Aberglauben aufweist. Wenn man will, handelt es sich dabei sehr wohl um einen gemeinsamen Glauben; aber er ist nur durch den Zusammenbruch der anderen Glaubensüberzeugungen möglich geworden" (S. 227).

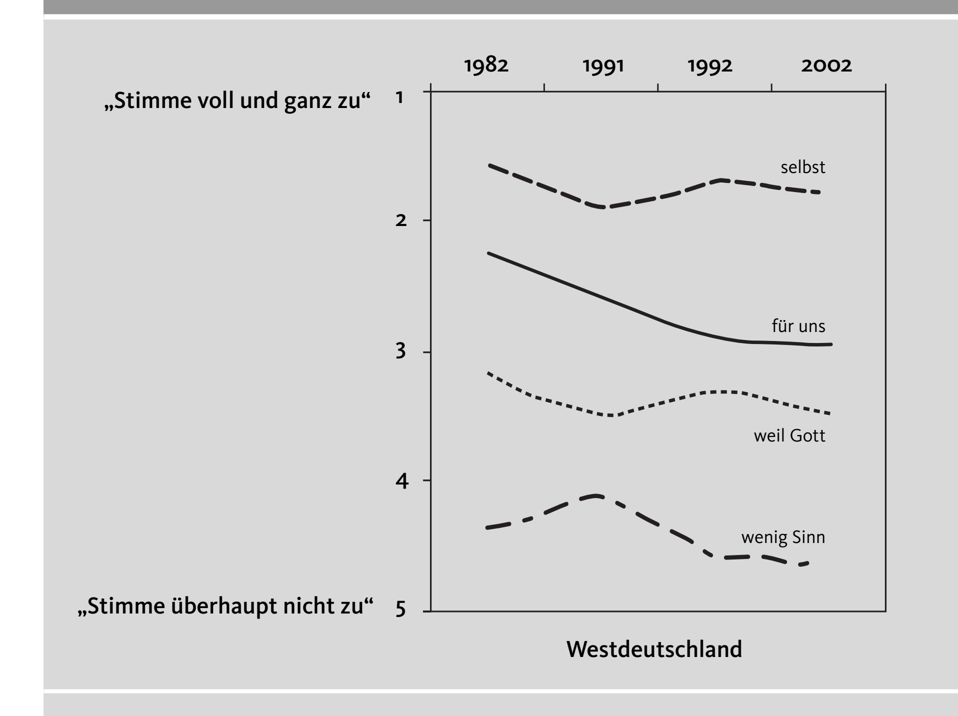
3 In der Schlusspassage von „Wissenschaft als Beruf" mahnt Max Weber, nicht auf kollektive Erlösung zu harren, sondern „der Forderung des Tages" gerecht zu werden. „Die aber ist schlicht und einfach, wenn jeder den Daimon findet und ihm gehorcht, der seines Lebens Fäden hält" (1985 [1919], S. 111). Die Last, das eigene Leben zu entwerfen, entfällt auch nicht dadurch, dass die „Institutionalisierung des Lebenslaufs" durch Regeln von der Schulpflicht bis zum Renteneintrittsalter (Kohli 1985) die Kontingenzen der Individualisierung sekundär wieder abbaut, indem sie Muster einer Normalbiographie erzeugt.

Die Wahrnehmung der Ambivalenzen der Freiheit hat jedoch der Dynamik der Individualisierung keinen Abbruch getan. Selbstbestimmung beherrscht nach wie vor das Ethos moderner Lebensführung. Am Wandel der Familienformen (von den Scheidungsraten bis zu den gleichgeschlechtlichen Partnerschaften), am Verhältnis zur Sexualität, an der Bewertung der Abtreibung und eben auch an der gegenwärtigen Diskussion über Patientenverfügung und Sterbehilfe zeigt sich, dass immer noch Deutungen und Normen, die die individuelle Lebensführung kollektiv vorstrukturieren, durch Selbstbestimmungsansprüche unter Druck gesetzt werden. Sinndefizit bleibt eine Unruhe moderner Menschen; sie kann zur Revitalisierung der Religion führen. Diese wird jedoch dadurch nicht als kollektiv verbindliche kulturelle Ordnung der Gesellschaft wiederhergestellt. Religiöse Bindung ist ein Ordnungsangebot geworden – auf einem Markt konkurrierender Deutungen, zwischen denen Menschen wählen.[4]

In Deutschland ist eine Rückkehr zur Religion nicht erkennbar. Wie das nachfolgende Schaubild zeigt, gibt es für die säkularisierte Deutung, dass Menschen den Sinn ihres Lebens selbst bestimmen müssen, deutlich mehr Zustimmung als für die christliche Deutung, dass dieser Sinn durch die Beziehung zu Gott gegeben sei. Die säkularisierte Deutung ist hier durch die Aussage „Das Leben hat nur dann einen Sinn, wenn man ihm selbst einen Sinn gibt" [SELBST] vertreten, die christliche durch die Aussagen „Es gibt einen Gott, der sich mit jedem Menschen persönlich befasst" [FÜR UNS] und „Das Leben hat nur eine Bedeutung, weil es einen Gott gibt" [WEIL GOTT]. Die starke Ablehnung der Aussage „Das Leben hat meiner Meinung nach wenig Sinn" [WENIG SINN] widerspricht der Annahme, dass moderne Gesellschaften auf eine Sinnkrise zusteuern. Offenbar fühlen sich die meisten Menschen nicht durch die Aufgabe überfordert, ihrem Leben selbst Sinn zu geben.

4 Den Angebotscharakter der Religion hat Berger 1973 am Beispiel der amerikanischen religiösen Nominationen (Sekten) herausgearbeitet.

Sinn des Lebens – Zustimmung zu Deutungsmustern in Westdeutschland (1982–2002) *



* Quelle: Schaubild (etwas verändert) übernommen aus Meulemann (2005). Berechnungsgrundlage sind repräsentative ALLBUS-Daten. Die Kurven zeigen nur die Veränderung der Zustimmung zu den Aussagen, nicht die Verteilung der Bevölkerung auf die verschiedenen Positionen. Tatsächlich ist die Aussage „selbst“ fast Allgemeingut; sie wird von kirchlich gebundenen Menschen ebenso vertreten wie von Konfessionslosen, vgl. zu den Einzelheiten Meulemann (2005).

Abbildung 1

Die kulturelle Dominanz von Selbstbestimmung als Norm und als Selbstdeutung der Menschen in modernen Gesellschaften führt dazu, dass Selbstbestimmung auch bei Entscheidungen, die das Ende des eigenen Lebens betreffen, gewissermaßen automatisch zum Bezugsrahmen der Wertung wird. Man braucht auch hier gute Gründe, um Selbstbestimmung zu begrenzen. Für die Begründung gibt es zwei wesentliche Pfade. Zum einen kann man sich darauf berufen, dass niemand Selbstbestimmung ohne Rücksicht auf die „Kosten“ in Anspruch nehmen darf. Selbstbestimmung kann zurückgewiesen werden, wenn ihre Durchsetzung zur Folge hätte, dass andere in ihren Rechten verletzt oder wichtige Güter der Gemeinschaft beeinträchtigt würden.

Zum anderen gibt es auch in liberalen Gesellschaften Normen, die über die Minimalmoral des „Nicht schaden!“ hinausreichen und moralische Tabuzonen einrichten. Bestimmte Handlungen sind schon wegen ihres Inhalts zu verwerfen, nicht erst wegen ihrer möglichen Folgen. Das Recht bezieht sich mit Formeln wie „Sittenwidrigkeit“ oder „Sittengesetz“ auf einen solchen Normenbestand.[5] Auch die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Artikel 1 Grundgesetz) wird als Gebot verstanden, das Selbstbestimmung nicht nur garantiert, sondern zugleich begrenzt.

Beide Begründungspfade für die Einschränkung von Selbstbestimmung arbeiten mit Argumenten, die „anfällig“ sind für empirische Kritik. Wer sich auf die nicht zu verantwortenden Kosten der Selbstbestimmung beruft, macht Annahmen über die Folgen, die zutreffend sein können oder auch nicht. Wer absolute Verbote oder Tabuzonen beschwört, appelliert an moralische Intuitionen, die von allen geteilt sein sollen. Beispielsweise beruft sich die Rechtsprechung traditionell auf das „Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden“, wenn sie die „guten Sitten“ auslegt. Der Appell an das, was angeblich alle meinen (sollen), geht aber ins Leere, wenn viele tatsächlich anders denken.

Umfrageforschung ist eine Form, mit der sich die Sozialwissenschaft an der empirischen Kritik beteiligt. Allerdings ist sie in aller Regel kein geeignetes Mittel, die Realität von Folgenbehauptungen zu prüfen (außer diese beziehen sich gerade auf die Meinungen und Einstellungen in der Bevölkerung). Sie ist jedoch ein geeignetes Instrument, um zu prüfen, ob dem Appell an die Moral ein Konsens in der Gesellschaft entspricht. Dieser Prüfung dienen die im Folgenden dargestellten Befunde.

Natürlich ist zu bedenken, dass die Feststellung, ob eine Mehrheit der Bevölkerung bestimmte moralische Ansprüche teilt oder nicht teilt, nicht die Frage beantwortet, ob diese Ansprüche vor dem Forum der Vernunft oder des Gewissens oder vor Gott moralisch richtig oder falsch sind. Sie beantwortet lediglich die Frage, ob man mit seinen Ansprüchen die allgemeine Meinung hinter sich hat, eine Minderheit repräsentiert oder allein gegen den Rest der Welt steht. Auch das kann jedoch nicht irrelevant sein, wenn darüber zu entscheiden ist, ob solche Ansprüche mit Hilfe rechtlicher Regulierung allgemein verbindlich gemacht werden sollen oder nicht.

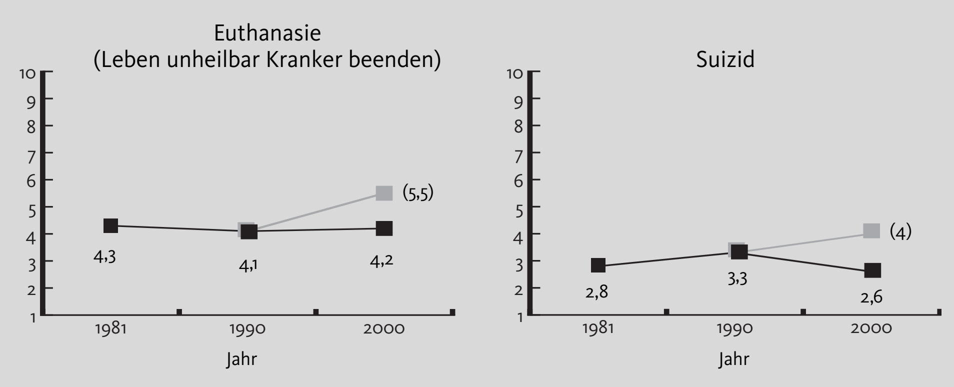
5 So stellt das Grundgesetz die freie Entfaltung der Persönlichkeit nicht nur unter den Vorbehalt der Rechte anderer und der verfassungsmäßigen Ordnung, sondern auch unter den des „Sittengesetzes“ (Artikel 2); nach § 138 Bürgerliches Gesetzbuch sind Willenserklärungen nichtig, wenn sie gegen „die guten Sitten“ verstoßen.

Akzeptanz von Euthanasie/Suizid in vier Ländern *

FRAGE: „Können Sie mir bitte für jeden der folgenden Punkte sagen, ob Sie das in jedem Fall für in Ordnung halten, oder unter keinen Umständen, oder irgendetwas dazwischen?“

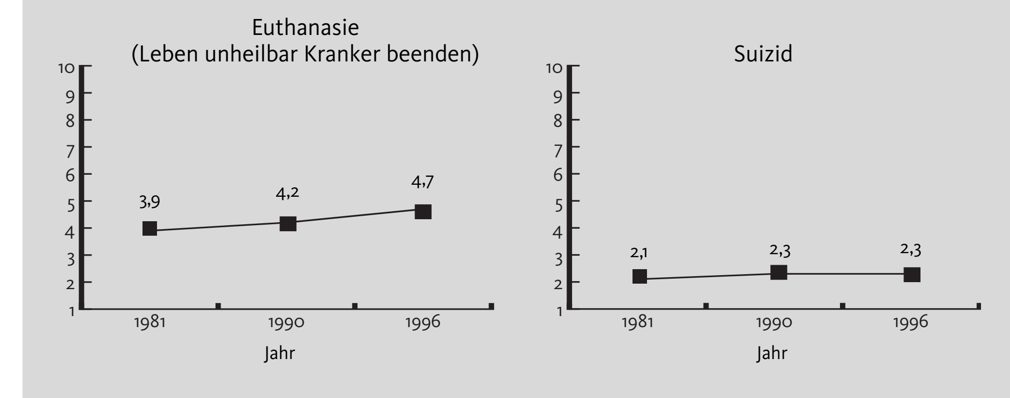
BEWERTUNG AUF EINER SKALA VON 1 BIS 10:
10 = „Das ist in jedem Fall in Ordnung.“
1 = „Das darf man unter keinen Umständen.“

Westdeutschland (1981–2000)

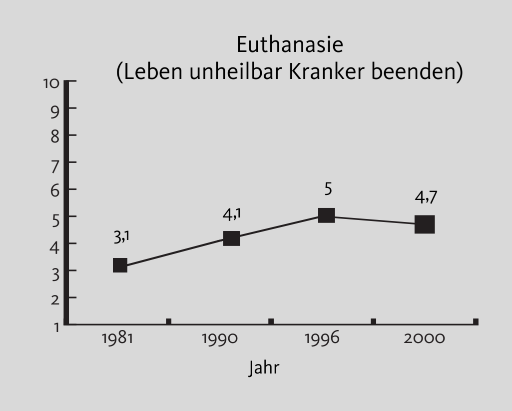


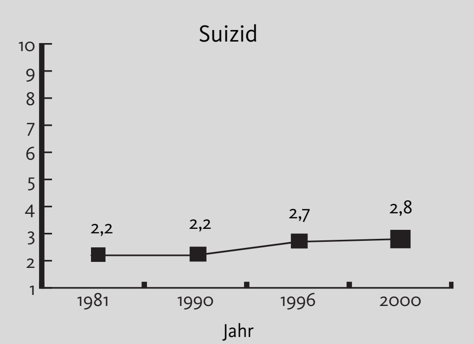
Werte in Klammern: Institut für Demoskopie Allensbach (2001)

USA (1981–1996)

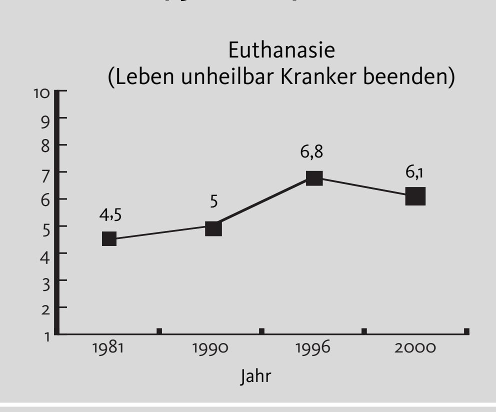


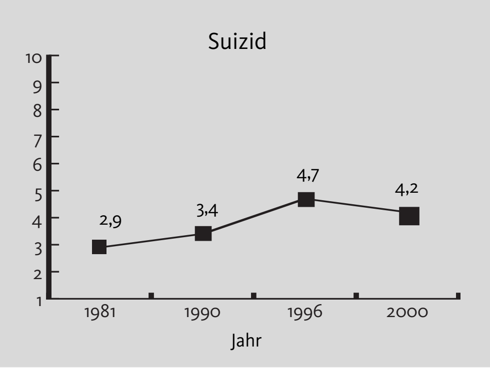
Spanien (1981–2000)





Schweden (1981–2000)





* Quelle: World Value Survey (WVS), European Value Survey (EVS)

Abbildung 2

Die vergleichende Bewertung von Euthanasie und Selbsttötung

Entscheidungen, die der Selbstbestimmung des Einzelnen überantwortet werden, führen nicht deshalb schon zu Beliebigkeit oder individueller Willkür. Sie werden dem eigenen moralischen Urteil anheim gestellt. Dass dieses Urteil durchaus restriktiv sein kann, zeigt die voranstehende Abbildung 2 am Beispiel der Einschätzung von Euthanasie (Beendigung des Lebens unheilbar Kranker) und Suizid (Selbsttötung) in einigen ausgewählten Ländern.

Die Daten stammen aus repräsentativen Befragungen, die im Rahmen des World Value Survey zwischen 1981 und 2000 durchgeführt worden sind. Für Deutschland (West) sind auch die Ergebnisse einer Allensbach-Studie (2001) aufgenommen. Die Befragten waren um eine Einschätzung zwischen „*in jedem Fall in Ordnung*" (= 10) und „*darf man unter keinen Umständen*" (= 1) gebeten worden. Die Verwendung des Terminus „Euthanasie" erklärt sich durch den internationalen Charakter der Erhebung. Außerhalb Deutschlands drängt sich die Assoziation mit den Naziverbrechen der Ermordung sogenannten lebensunwerten Lebens nicht zwingend auf. Vielmehr versteht sich, dass „Euthanasie" die aktive Sterbehilfe für unheilbar Kranke mit Zustimmung der Betroffenen bezeichnet.

Die deutsche Bevölkerung bewertet Euthanasie durchgehend eher negativ (zwischen 4 und 5); abweichend verzeichnet allerdings die Allensbach-Studie zwischen 1990 und 2002 eine leichte Verschiebung zu positiver Bewertung (von 4,1 auf 5,5). Auch in den USA und in Spanien bleibt die Einschätzung negativ, obgleich die Ablehnung tendenziell abzunehmen scheint. In Schweden hat sich dagegen die Bewertung zwischen 1996 und 2000 ins Positive gewendet (zwischen 6 und 7).

Um die Bedeutung des negativen Urteils über die aktive Sterbehilfe einzuschätzen, sollte man die Bewertung des Suizids hinzunehmen. Dieser wird durchweg, das heißt in allen Ländern, noch sehr viel negativer bewertet als die Euthanasie. Daraus folgt zunächst, dass die Enttabuisierung der Selbsttötung im Recht, die in Deutschland mit dem Strafgesetzbuch von 1871 vollzogen worden ist, nicht mit einer Enttabuisierung im moralischen Urteil der Bevölkerung parallel geht. Keineswegs ist die allgemeine Meinung, dass man über das eigene Leben nach Belieben verfügen darf. Eher dürfte die Vorstellung vorherrschen, dass einem dieses Leben anvertraut ist und man verantwortlich damit umgehen muss. Menschen erkennen moralische Pflichten gegen sich selbst an. Dazu gehört, dass man aus seinem Leben etwas machen soll und es jedenfalls nicht grundlos wegwerfen darf.

Die Tatsache, dass der Suizid negativer bewertet wird als Euthanasie, spricht ferner dafür, dass die Befragten einem kranken Menschen, der in einer unerträglichen Lebenssituation den Tod herbeisehnt, eher die Option der Selbsttötung zugestehen als in anderen Fällen. Im Lichte dieser Beurteilung wird man sich fragen müssen, ob die apodiktische und bisweilen demonstrative Ablehnung der aktiven Sterbehilfe in der deutschen Politik durch die Bevölkerungsmeinung gedeckt ist. Um diese Frage zu beantworten, muss man allerdings nicht nur die Intensität der Ablehnung, sondern auch deren Verteilung in der Bevölkerung berücksichtigen.

Aktive Sterbehilfe: Verteilung von Zustimmung und Ablehnung in der Bevölkerung

Ermittelt man den Anteil der Befragten, die bei den Erhebungen zu Abbildung 2 Euthanasie und Suizid negativ (zwischen 0 und 5) bewertet haben, so ergibt sich für Deutschland (West) ein scheinbar eindeutiges Bild: Etwa 70 Prozent (zwischen 67,3 und 70,7 Prozent) des repräsentativen Samples lehnen Euthanasie ab, zwischen 82 und 90 Prozent Suizid.

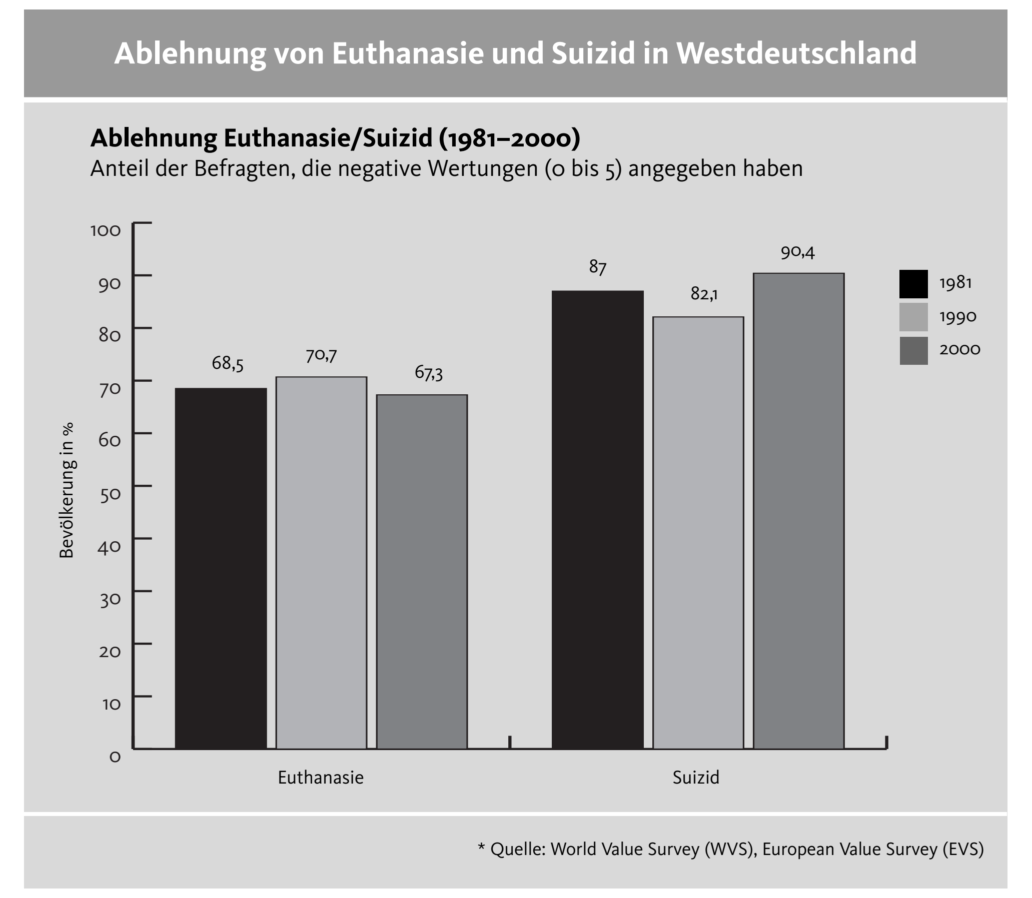


Abbildung 3

Das Bild ändert sich erheblich, wenn man den mittleren Bereich der annähernd neutralen Bewertungen aufteilt und zwei Gruppen bildet, in denen die Bewertungen „sehr schlimm"/„ziemlich schlimm" und „weniger schlimm"/„überhaupt nicht schlimm" zusammengefasst sind. Dann ergibt sich für die deutsche Bevölkerung, dass seit 1990 nur 30 Prozent (mit abnehmender Tendenz) es als sehr schlimm oder ziemlich schlimm einschätzen, wenn ein Arzt einem unheilbar Kranken auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift gibt.

Verhaltensbeurteilung aktiver Sterbehilfe in Westdeutschland (1990–2002)*

FRAGE: „Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift. Wie finden Sie das?"

	1990 %	2000 %	2002 %
„sehr schlimm"/„ziemlich schlimm"	30,8	33,2	31,6
„weniger schlimm"/„überhaupt nicht schlimm"	69,4	66,7	68,4

* Quelle: ALLBUS 1980–2002

Abbildung 4

Die Diskrepanz der Ergebnisse könnte auf die veränderte Frage zurückzuführen sein; statt des abstrakten Hinweises auf „Euthanasie" wird den Befragten nunmehr die konkrete Situation der Sterbehilfe präsentiert. Wichtiger dürfte sein, dass die große Gruppe derjenigen, die in ihrer Bewertung unsicher oder ambivalent sind, gezwungen wird, sich zu entscheiden; man muss sich entweder auf die Seite von „ziemlich schlimm" oder auf die Seite von „weniger schlimm" schlagen. Vor diese Wahl gestellt, optieren offenbar viele dann doch für „weniger schlimm". Für diese Interpretation spricht, dass die Antworten noch entschiedener ausfallen, wenn die Befragten vor die klare Ja-Nein-Alternative gestellt werden, ob ein schwer kranker Patient das Recht auf Sterbehilfe haben soll oder nicht.

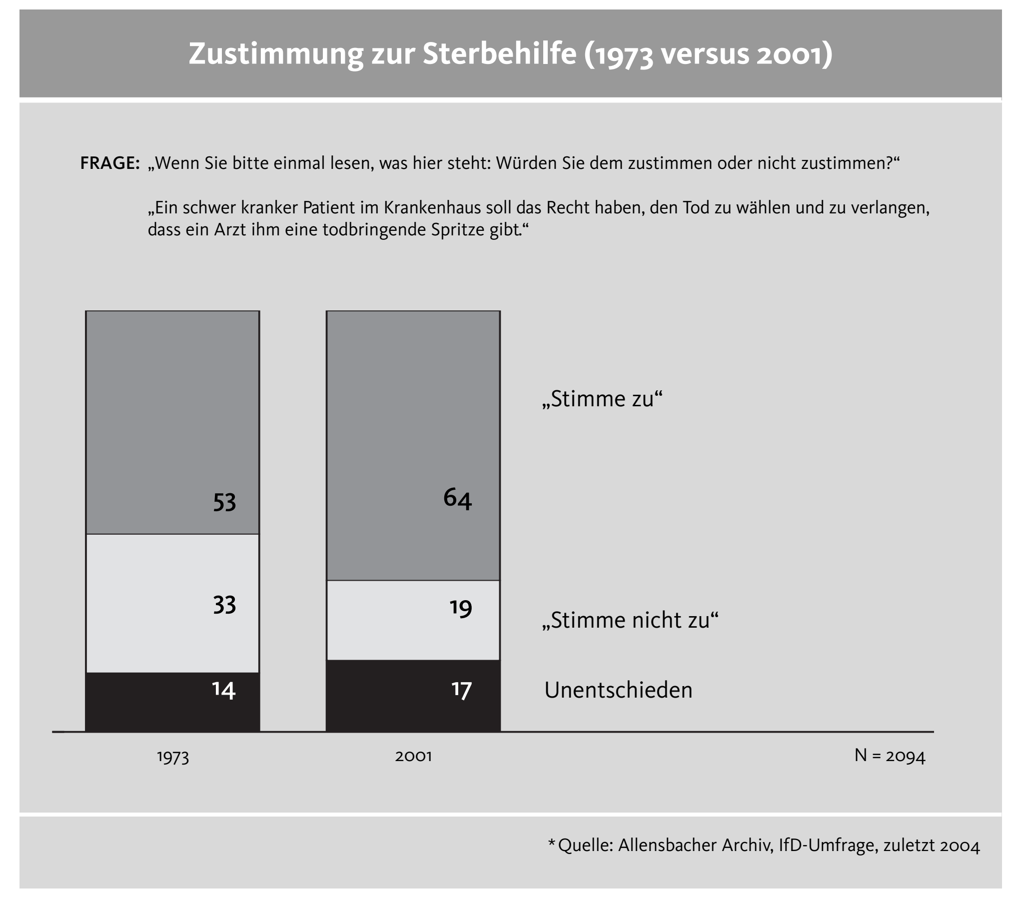


Abbildung 5

Die Formulierung der Frage lässt keinen Zweifel zu, dass es um aktive Sterbehilfe geht: Der Patient wählt den Tod, und der Arzt gibt ihm eine todbringende Spritze. Trotzdem ist die Zustimmung zwischen 1973 und 2001 von 53 auf 64 Prozent gestiegen, und die Ablehnung hat sich fast halbiert.

Irreführend ist in diesem Zusammenhang eine Studie der Deutschen Hospiz Stiftung, die im Jahr 2000 unter der Überschrift „Zustimmung wächst“ veröffentlicht wurde. Darin wird festgestellt, dass die Zustimmung zur Palliativmedizin und Hospizarbeit in den letzten vier Jahren erheblich gestiegen ist (von 34,8 auf 56,6 Prozent) und gleichzeitig die Zustimmung zur aktiven Sterbehilfe deutlich abgenommen hat (von 41,2 auf 35,4 Prozent).

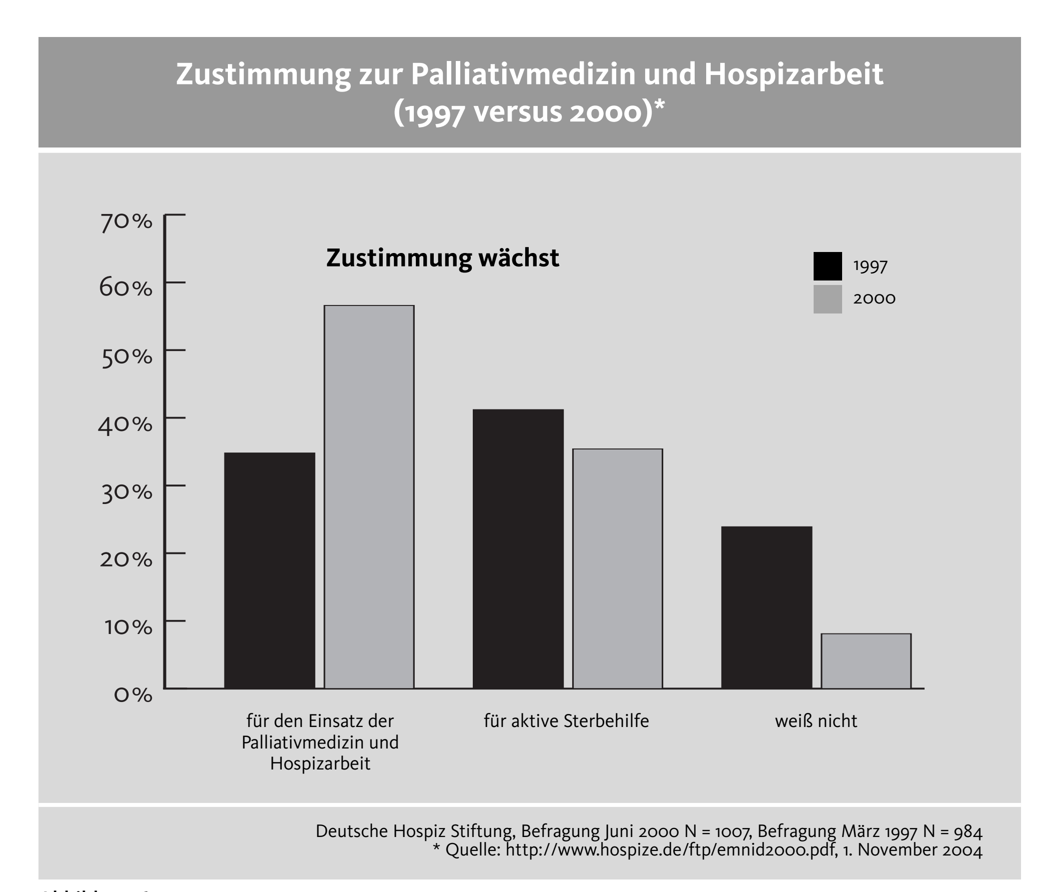


Abbildung 6

Die Tabelle irritiert, weil sich die Ergebnisse zu hundert Prozent addieren, wenn man die Unentschiedenen hinzuzählt. Das provoziert die Frage, warum die Zustimmung zur Palliativmedizin nicht ganz für sich schon hundert Prozent erreicht. Was kann es für Gründe geben, dagegen zu sein, dass das medizinisch Mögliche getan wird, die Schmerzen des Sterbens zu lindern? Die Erklärung liegt in der Formulierung der Frage, die allerdings nicht mit veröffentlicht wurde.

> *Zur Beantwortung der nächsten Frage möchte ich Ihnen kurz die Begriffe Palliativmedizin, Hospizarbeit und aktive Sterbehilfe erläutern […]. Wenn Sie das wissen, befürworten Sie dann bei Schwerstkranken den kombinierten Einsatz von Palliativmedizin und Hospizarbeit, oder sind Sie für aktive Sterbehilfe?*

Die Antwort auf eine solche Frage mag allenfalls Auskunft darüber geben, was die Befragten für sich selbst wählen würden. Im Hinblick auf die gesellschaftliche Akzeptanz der zur Wahl stehenden Optionen besagt sie nichts. Hierfür darf man die Befragten nicht vor die Wahl „entweder/oder" stellen, denn man kann durchaus für die Nutzung der Palliativmedizin und zugleich für das Recht auf aktive Sterbehilfe eintreten. Zu fragen wäre vielmehr, ob man Menschen, denen die Palliativmedizin nicht hilft oder die sie nicht in Anspruch nehmen wollen, die Option der aktiven Sterbehilfe definitiv versagen soll. Dazu kann sich aber offenbar nur eine Minderheit der Bevölkerung entschließen. Nur zwölf Prozent der Bevölkerung sind der Meinung: „*Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt*". 70 Prozent finden dagegen, ein schwer kranker Mensch sollte „*selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte*".

Akzeptanz aktiver Sterbehilfe, Deutschland (2001)*

FRAGE: „Hier unterhalten sich zwei über Sterbehilfe. Welcher von beiden sagt das, was Sie denken?"

	Bevölkerung %	Protestanten %	Katholiken %	Andere/ ohne Konfession %
„Ich finde, dass Sterbehilfe für schwer kranke Menschen ein guter Weg ist, um sie nicht so leiden zu lassen. Solange ein schwer kranker Mensch noch bei Bewusstsein ist, sollte er selbst entscheiden können, ob er leben oder sterben möchte."	70	60	68	83
„Das sehe ich anders. Über Leben und Tod darf nur Gott, man kann auch sagen das Schicksal, entscheiden. Das Leben ist heilig und muss es auch bleiben. Keinesfalls darf das Leben vorzeitig beendet werden, auch wenn der Patient das ausdrücklich verlangt."	12	14	18	4

* Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach 2001, Allensbacher Berichte Nr. 9, S. 3/5, N = 2094

Abbildung 7

Allerdings machen die Aussagen, zu denen in dieser Befragung Stellung bezogen werden sollte, nicht deutlich, um welche Form der Sterbehilfe es sich handelt. Denkbar wäre daher, dass zumindest ein Teil der Befragten passive Sterbehilfe vor Augen hatte. Unzweideutig auf aktive Sterbehilfe bezieht sich dagegen die folgende Untersuchung.

Verbot aktiver Sterbehilfe? Westdeutschland (1990 versus 2000)*

FRAGE: „Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift."

	1990 %	2000 %
„Sollte gesetzlich verboten sein"	33,4	26,7
„Sollte nicht gesetzlich verboten sein"	66,6	73,3

* Quelle: ALLBUS 1980–2002, N = 3496

Abbildung 8

1990 sprachen sich zwei Drittel und 2000 fast drei Viertel der Befragten gegen ein gesetzliches Verbot der aktiven Sterbehilfe aus. Man wird aus diesen Zahlen nicht schließen dürfen, dass für drei Viertel der Bevölkerung aktive Sterbehilfe kein moralisches Problem darstellt. Die Frage, ob etwas akzeptabel ist, produziert nicht notwendigerweise dieselben Antworten wie die Frage, ob etwas verboten werden soll. So lehnen viele Menschen den Schwangerschaftsabbruch für sich ab, sprechen sich aber gleichwohl dagegen aus, ihn unter Strafe zu stellen. Diese Diskrepanz spiegelt den modernen Wertepluralismus wider. Man hält gewisse Werte und Normen zwar für sich selbst für moralisch zwingend, besteht aber nicht darauf, sie auch anderen verbindlich vorzuschreiben. Legt man die oben zitierten Daten zugrunde, kann sich eine Gesetzgebung, die ein Verbot aktiver Sterbehilfe moralisch begründet, nicht auf die Zustimmung der Bevölkerung berufen. Diese stützt eher eine Politik, in der sich der Staat weitgehend heraushält und der Selbstbestimmung der Patienten breiten Raum lässt. Die Befunde dieser Studie werden durch andere Untersuchungen bestätigt; sie sind also einigermaßen robust.

Verbot aktiver Sterbehilfe? Westdeutschland (1984 versus 1995)*

FRAGE: „Ich möchte Ihnen einen Fall erzählen. Ein Arzt hat einen Patienten, der todkrank ist und nur noch mit Apparaturen und starken Medikamenten am Leben gehalten wird. Sein Patient bittet ihn, ihm zu helfen, damit er sterben kann. Einmal angenommen, der Arzt hilft ihm, indem er ein tödliches Medikament besorgt, das der Patient nimmt. Finden Sie, dass der Arzt bestraft werden sollte, oder sollte er nicht dafür bestraft werden?"

	1984 %	1995 %
„Sollte bestraft werden"	14	11
„Sollte nicht bestraft werden"	67	69
Unentschieden	19	20

* Quelle: Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1993–1997, Bd. 10, S. 335, N = 3496

Abbildung 9

Die Zustimmung zur Bestrafung liegt schon 1984 nur bei 14 Prozent und sinkt 1995 auf elf Prozent ab. Die erstaunlich niedrigen Werte (und der hohe Prozentsatz Unentschiedener) sind möglicherweise darauf zurückzuführen, dass aus der Fallschilderung nicht ersichtlich ist, ob der Patient das tödliche Medikament selbst nimmt, ohne dass der Arzt zugegen ist – das wäre Beihilfe zum Suizid –, oder ob der Arzt, juristisch gesprochen, die Tatherrschaft hat. Wenn der Fall so variiert wird, dass der Arzt lediglich den Suizid seines todkranken Patienten nicht verhindert, ist die Ablehnung der Bestrafung noch eindeutiger, 1995 liegt sie bei fast 80 Prozent.

Verbot der Beihilfe zum Suizid? Westdeutschland (1984 versus 1995)*

FRAGE: „Ich möchte Ihnen einen Fall erzählen. Ein Arzt hat einen Patienten, der todkrank ist und nur noch mit Apparaturen und starken Medikamenten am Leben gehalten wird. Eines Tages findet der Arzt seinen Patienten, der eine Überdosis Schlafmittel genommen hat. Auf einen Zettel hat der Patient geschrieben, dass er sterben will und dass man ihm nicht helfen soll. Einmal angenommen, der Arzt richtet sich danach und lässt seinen Patienten sterben. Finden Sie, dass der Arzt dafür bestraft werden sollte, oder sollte er nicht dafür bestraft werden?"

	1984 %	1995 %
„Sollte bestraft werden"	10	9
„Sollte nicht bestraft werden"	73	79
Unentschieden	17	12

* Quelle: Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie 1993–1997, Bd. 10, S. 335

Abbildung 10

Die bislang referierten Daten zeigen, dass bei der Bewertung der aktiven Sterbehilfe die Werthaltungen der Bevölkerung und die Positionen der öffentlichen Politik deutlich auseinander fallen. Im politischen Diskurs wird der Suizid als Option der Selbstbestimmung widerspruchslos hingenommen und weder moralisch noch rechtlich mit Sanktionen belegt; die aktive Sterbehilfe hingegen wird apodiktisch verworfen, und am Strafanspruch wird rigoros festgehalten. Von der Bevölkerung wird umgekehrt der Suizid als problematischer eingeschätzt als die aktive Sterbehilfe, und eine Freigabe Letzterer würde überwiegend auf Verständnis stoßen. Wie niedrig die aktive Sterbehilfe auf der Skala abzulehnender Handlungen bei der deutschen Bevölkerung rangiert, kann man nochmals an der vergleichenden Bewertung von Verhaltensweisen als „schlimm"/„ziemlich schlimm" deutlich machen. Nicht nur die Selbsttötung wird negativer eingeschätzt als die aktive Sterbehilfe. Die Vergewaltigung in der Ehe wird von über 90 Prozent als „sehr schlimm"/„ziemlich schlimm" bewertet, der Schwangerschaftsabbruch einer Frau, die keine Kinder haben will, von etwa 55 Prozent, und sogar der Steuerbetrug liegt mit über 50 Prozent Ablehnung noch deutlich schlechter als die aktive Sterbehilfe mit etwa 30 Prozent.

Bewertung der aktiven Sterbehilfe im Vergleich zu anderen Verhaltensweisen in Deutschland (2000 versus 2002)*

Prozent der Angaben „sehr schlimm“ und „ziemlich schlimm“ in der Gesamtbevölkerung

VERHALTENSWEISE	2000	2002
VERGEWALTIGUNG IN DER EHE Ein Mann zwing seine Ehefrau zum Geschlechtsverkehr.	94	97
GEWALT GEGEN KINDER Ein Mann schlägt sein zehnjähriges Kind, weil es ungehorsam war.	82	82
HASCHISCHKONSUM Jemand raucht mehrmals in der Woche Haschisch.	72	69
STEUERBETRUG Ein Arbeitnehmer macht absichtlich beim Lohnsteuerjahresausgleich falsche Angaben und erhält dadurch 1.000 DM (2002: 500 EUR) zu viel Lohnsteuerrückerstattung.	60	55
SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH Eine Frau lässt einen Schwangerschafts-abbruch vornehmen, weil sie keine Kinder haben möchte.	56	51
SCHWARZFAHREN Jemand fährt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, ohne einen gültigen Fahrausweis zu besitzen.	53	45
ÄRZTLICHE STERBEHILFE Ein Arzt gibt einem unheilbar kranken Patienten auf dessen Verlangen hin ein tödliches Gift.	33	30
HOMOSEXUALITÄT Ein Mann hat homosexuelle Beziehungen zu einem anderen Mann.	22	25

* Quelle: ALLBUS-Daten 2002 (Datenreport 2004, S. 471)

Abbildung 11

In dieser Situation erscheint es berechtigt festzustellen, dass das konzessionslose Verbot der aktiven Sterbehilfe ein demonstrativer politischer Akt ist, der vielleicht der Geschichte Deutschlands geschuldet ist, der aber nicht durch die Wertorientierungen der Bevölkerung erzwungen wird.

Ob man ein Verbot der aktiven Sterbehilfe mit dem notwendigen Schutz vor andernfalls drohenden negativen Folgen für die Gesellschaft begründen kann, lässt sich anhand von Umfragedaten nicht prüfen. Es lässt sich allerdings sagen, dass wohl nicht die Gefahr besteht, dass die Zulassung aktiver Sterbehilfe das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft untergraben würde. Nach einer neueren Umfrage würden 84 beziehungsweise 74 Prozent einem Arzt nicht das Vertrauen entziehen, weil dieser bei einem unheilbar Kranken Beihilfe zum Suizid beziehungsweise aktive Sterbehilfe geleistet hat.

Sterbehilfe und das Vertrauen zum Hausarzt, Deutschland (2003)*

Angaben in Prozent der Bevölkerung

	ja	nein
„Würden Sie persönlich das Vertrauen zu Ihrem Hausarzt verlieren, wenn Sie wüssten, dass er schon einmal bei einem unheilbar kranken Patienten Beihilfe zur Selbsttötung geleistet hat, also dem unheilbar Kranken das Mittel zur Selbsttötung zur Verfügung gestellt hat?“	12	84
„Würden Sie persönlich das Vertrauen zu Ihrem Hausarzt verlieren, wenn Sie wüssten, dass er schon einmal bei einem unheilbar kranken Patienten die in Deutschland verbotene aktive direkte Sterbehilfe, also Tötung auf Verlangen, geleistet hat?“	20	74

* Quelle: DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben) 2003, Sterbehilfe und das Vertrauen zum Hausarzt; Datengrundlage: forsa 2003

Abbildung 12

Die Patientenverfügung im Spiegel der Bevölkerungsmeinung

Der hohe Wert, der in der Einschätzung der Bevölkerung der Selbstbestimmung zugewiesen wird, wenn es um Entscheidungssituationen am Lebensende geht, spiegelt sich in den Stellungnahmen zur Patientenverfügung wider. Hier wird von fast 90 Prozent gefordert, dass eine solche Verfügung für Ärzte und Pflegepersonal bindend sein soll. Fast zwei Drittel lehnen es auch ab, die bindende Wirkung von einer periodischen Erneuerung der Verfügung abhängig zu machen.

Gesetzliche Regelung einer Patientenverfügung, Deutschland (2004)*

FRAGE: „Ich lese Ihnen einige Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie der Aussage zustimmen oder nicht zustimmen."
(Prozent der Bevölkerung)

	„Stimme zu"	„Stimme nicht zu"	Keine Angabe
„Die Patientenverfügung sollte direkte Bindewirkung gegenüber dem behandelnden Arzt beziehungsweise dem Krankenhaus haben."	88	10	2
„Die Patientenverfügung sollte nach Abschluss zeitlich unbegrenzt gültig sein und nicht in gewissen Zeitabständen erneuert werden müssen."	63	34	2

* Quelle: Umfrage im Auftrag der DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben), TNS Emnid, Januar 2004 (N = 1002)

Abbildung 13

Gültigkeit einer Patientenverfügung, Deutschland (2004)*

FRAGE: „Sollte die Patientenverfügung nur für den eigentlichen Sterbeprozess gelten, oder sollte die Patientenverfügung schon vorher, also ab dem Moment, in dem der Patient sich selbst nicht mehr zu einer Behandlung äußern kann (zum Beispiel im Komafall), für die Ärzte beziehungsweise das Krankenhaus verpflichtende Wirkung haben?"

(Prozent der Bevölkerung)

„Sollte erst ab dem eigentlichen Sterbeprozess gültig sein"	19
„Sollte schon vorher, also ab dem Moment, in dem der Patient sich selbst nicht mehr äußern kann, gültig sein"	78
Keine Angabe	3

* Quelle: Umfrage im Auftrag der DGHS (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben), TNS Emnid, Januar 2004 (N = 1002)

Abbildung 14

Die Befragten pochen erkennbar auf Selbstbestimmung. Damit ist vereinbar, dass die Gültigkeit der Patientenverfügung an die Einhaltung von Formvorschriften gebunden wird, um den Willen beweiskräftig zu dokumentieren. Selbstverständlich wird akzeptiert, dass vor der Anwendung der Verfügung zu prüfen ist, ob der Betroffene seinen Willen erkennbar geändert hat. Empörung dürfte jedoch jede Regelung auslösen, die die Patientenverfügung im Prinzip in Frage stellt, etwa mit dem Argument, dass niemand als Gesunder entscheiden könne, was er als Kranker in ferner Zukunft wohl wollen würde. Die Tatsache, dass das Pflegepersonal vor schwerwiegende moralische Fragen gestellt sein kann, wenn es eine Patientenverfügung vollziehen soll, ändert nichts an der Entschlossenheit der Patienten. Sie treffen ihre Verfügung genau deshalb, weil sie ihren eigenen Willen, nicht den der Ärzte oder Pfleger durchgesetzt wissen wollen. Die große Mehrheit der Befragten, fast 80 Prozent, verlangt, dass die Patientenverfügung nicht nur dann gelten sollte, wenn der Sterbeprozess schon begonnen hat. Die Befragten haben vermutlich gerade Situationen wie das Leben im Wachkoma oder im Zustand der Demenz im Auge und wollen für diesen Fall entscheiden können, was mit ihnen geschehen soll.

Ausblick

Wie wird die Zukunft der Selbstbestimmung am Lebensende aussehen? Die Gesetzgebung muss nicht den Wertorientierungen der Bevölkerung folgen. Häufig sind es Rechtstraditionen oder Elitendiskurse (politische Eliten, Ethikeliten, Protesteliten), die die Weichen für oder gegen ein Verbot stellen. Eine wichtige Rolle spielen auch Missbrauchsszenarien, da die Wahrscheinlichkeit negativer Folgen ein legitimes Argument sein kann, Selbstbestimmungsansprüche zurückzuweisen. Solche Szenarien sind von den Befragten in den hier referierten Untersuchungen vermutlich ausgeblendet worden, da explizit nach eigenen Reaktionen und Ansprüchen gefragt wurde.

Ob die Missbrauchsängste berechtigt sind, steht auf einem anderen Blatt. Allerdings sind sie bisweilen weit hergeholt. So hat es zum Beispiel das englische Oberhaus noch 1999 abgelehnt, die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei zu stellen. In England ist die Selbsttötung seit 1961 straffrei, die Beihilfe aber blieb mit bis zu 14 Jahren Gefängnis bedroht. Dem Vorschlag, diese Strafe zu streichen, hat sich das Oberhaus mit dem Argument entgegengestellt, dass dann alle Dämme zur Tötung auf Verlangen brechen würden. In Deutschland ist Beihilfe zur Selbsttötung jedoch seit 1871 straffrei, ohne dass sich Tötung auf Verlangen ausgebreitet hätte. Zwar sind in der deutschen Geschichte andere Dämme gebrochen – aber nicht, weil die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei gestellt worden ist. Zweifellos kann der Gesetzgeber moralische Normen durchsetzen, die nicht von der Bevölkerungsmehrheit getragen werden; er kann auch die Selbstbestimmungsansprüche einer Mehrheit frustrieren. Dann muss er allerdings mit Regellosigkeit („Anomie“) rechnen. Menschen werden Wege finden, die nicht akzeptierten Gesetze zu umgehen oder ihnen (ins Ausland) auszuweichen.[6] Umgekehrt muss dann, wenn man der Selbstbestimmung am Lebensende Raum gibt, nicht mit völliger Willkür gerechnet werden. Die Menschen werden ihren eigenen moralischen Idealen und Normen anhängen. Nur sind diese nicht bei allen dieselben. Daher werden auch die Grenzen, die die Moral der Freiheit des Einzelnen zieht, unterschiedlich eng oder weit sein.

Jeder Versuch, in die Zukunft zu blicken, ist riskant. Er sei dennoch gewagt. Man wird davon ausgehen können, dass in modernen Gesellschaften, wenn sie nicht dramatische Umbrüche erfahren, der allgemeine Bildungsstand weiter steigen wird. Bislang aber

6 Ein gutes Beispiel ist der vergebliche Versuch in vielen Staaten der USA, Beihilfe zur Selbsttötung unter Strafe zu stellen. Gerichte haben sich schlichtweg geweigert, die Gesetze zu vollziehen. Die Geschworenen sprachen die Ärzte frei, obwohl diese den Straftatbestand eindeutig verwirklicht hatten. In Michigan gab schließlich eine Staatsanwaltschaft entnervt auf und verkündete, dass sie von weiterer Verfolgung absehen werde, weil mit einer Verurteilung ohnehin nicht zu rechnen sei; vgl. Nussbaum 1999, S. 86 ff.

sind mit solchem Anstieg auch die Ansprüche auf individuelle Autonomie gewachsen. Selbstbestimmung wird daher in Zukunft einen eher noch höheren Wert einnehmen. Das wird sich auf die Freiheitsräume bei Entscheidungen am Lebensende auswirken. Es ist zu erwarten, dass in hundert Jahren in allen modernen westlichen Gesellschaften, auch in Deutschland, gesetzliche Regelungen gelten werden, die aktive Sterbehilfe zulassen – unter strikter Kontrolle der Randbedingungen.

Literaturhinweise befinden sich am Ende des Bandes.

DANIEL HELL
Professor für Klinische Psychiatrie – Universität Zürich

Einstellungen zum Sterben – Ergebnisse der Suizidforschung und ihre Bedeutung für die Bewertung der Suizidbeihilfe

In meinem Beitrag möchte ich auf folgende fünf Fragen eingehen:

1. Wie kann eine suizidale Handlung verstanden werden?
2. Was erhöht das Suizidrisiko?
3. Was kann für suizidale Menschen getan werden?
4. Wie kommt es zur heutigen Forderung nach Suizidbeihilfe (assistierter Suizid)?
5. Was kann die Suizidforschung zur Frage des assistierten Suizids beitragen?

Bei der Behandlung dieser Fragen stütze ich mich auf breit abgesicherte Ergebnisse der Suizidforschung zu den Voraussetzungen, zur Entwicklung und zur Auslösung von Suizidalität. Die Suizidforschung hat vor allem im 20. Jahrhundert epidemiologische Befunde, neuro-biochemische Ergebnisse sowie klinisch-phänomenologische und tiefenpsychologisch-psychodynamische Beschreibungen des Suizidgeschehens erarbeitet.

1. Wie kann eine suizidale Handlung verstanden werden?

Suizidalität lässt sich heute als komplexes und meist durch mehrere Umstände bedingtes Verhalten verstehen, das grundsätzlich allen Menschen möglich ist. Suizidalität ist keine Krankheit an sich, steht aber erfahrungsgemäß meist mit einer psychischen Erkrankung oder einer belastenden Lebenssituation, zum Beispiel als Folge einer chronisch behindernden Krankheit wie amyotrophe Lateralsklerose, in Zusammenhang. Bei vollzogenen Suiziden gilt es, die Selbsttötung als eine letzte Lebensäußerung zu respektieren. Hinter ihr steht oft der Versuch, eine menschliche Tragödie zu beenden.

Im deutschen Sprachraum hat sich für „Suizid“ der neutrale Begriff der Selbsttötung durchgesetzt: Selbstmord ist diffamierend, Freitod idealisierend. In der aktuellen Diskussion wird der Suizid häufig mit einem autonomen Entscheidungswillen in

Zusammenhang gebracht. Die Berücksichtigung der Autonomie eines Menschen hat – auch in der Nationalen Ethikkommission der Schweiz – zu Recht einen hohen Stellenwert, auch wenn völlig autonome Entscheide zum Suizid – sogenannte Bilanz- oder rationale Suizide – eher selten sind. Suizidales Verhalten kann der vordringliche Ausdruck eines Autonomiebestrebens sein. Meist ist aber die Freiheit der Entscheidung nur bedingt vorhanden. Auch wenn man es ablehnt, die Willensfreiheit wie manche moderne Neurowissenschaftler zur Fiktion zu erklären, ist doch kein Mensch „ganz frei" – ein jeder steht zum Beispiel in Abhängigkeitsbeziehungen. Neben sozialen Einflüssen sind alle Menschen auch von inneren Stimmungen abhängig. Insbesondere Schmerzen und Bedrücktheit beeinflussen das Denken und das Entscheiden. Dabei gibt es auch bei Gesunden ganz unterschiedliche Freiheitsgrade. Bei psychisch Kranken können depressive Niedergeschlagenheit, unrealistische oder übertriebene Ängste, illusionäre oder gar wahnhafte Verkennungen die Entscheidungsfreiheit sehr weitgehend herabsetzen.

Die Suizidforschung hat auch gezeigt, dass Suizidalität selten ganz konstant auftritt. Viel häufiger ist sie fluktuierend. Auch geht den Suizidhandlungen häufig ein ambivalentes Abwägen voraus. Misslingen Suizidversuche, so werden sie nur in einer kleinen Minderheit der Fälle umgehend wiederholt. Meist vermischen sich Todeswünsche mit unerfüllten, aber aufrechterhaltenen Erwartungen an das Leben.

Nach übereinstimmenden Ergebnissen der Suizidforschung ist Hoffnungslosigkeit ein Hauptmotiv für Selbsttötung. Andere Motive können Verzweiflung, Einengung des Erlebens, Bedrohtheitsgefühle, Isolation, Scham oder narzisstische Wut sein. Ein Teil der Suizidhandlungen lässt sich als Versuch verstehen, ein bedrohtes Selbstwertgefühl durch eine autonome Tat zu retten oder einen beschämenden antizipierten Untergang durch entschlossenes Handeln zu vermeiden.

2. Was erhöht das Suizidrisiko?

Der Großteil der an Suizid sterbenden Menschen leidet zum Zeitpunkt der Handlung an einer psychischen Erkrankung, am häufigsten an Depressionen, gefolgt von Alkoholabhängigkeit und Psychosen. Auch Angst- und Persönlichkeitsstörungen erhöhen die Suizidrate. Insgesamt wird das Suizidrisiko durch eine psychische Störung um mindestens das Zehnfache erhöht. Mehr als 90 Prozent der psychisch kranken Menschen, die wegen Suizidversuchen behandelt wurden, sind noch zehn Jahre später am Leben. Sie bedauern in der Regel nicht, dass sie gerettet wurden oder überlebt haben.

3. Was kann für suizidale Menschen getan werden?

Menschen in einer suizidalen Krise benötigen zuerst und vor allem Verständnis und Einfühlung. Sie brauchen zuhörende Menschen, die verstehen, dass es keine fixen Erklärungen für Suizidhandlungen gibt. Es ist für sie meist hilfreich, wenn ihr Tun nicht gewertet wird. Sie sind auf einen persönlichen Zugang zu ihrer je besonderen Problematik angewiesen, ohne dass ein solcher erzwungen werden kann. Am besten dokumentiert ist, dass vielen psychisch kranken suizidalen Menschen durch eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung ihrer zugrunde liegenden Störung geholfen werden kann. Prophylaktisch haben Maßnahmen, die das Wissen um psychische Störungen und ihre Behandlungen, insbesondere um Depressionen, fördern, einen deutlichen Rückgang der Suizidrate in der Bevölkerung zur Folge.

Lassen Sie mich kurz auf die Gotland-Studie eingehen. In dieser Studie wurden während zweier Semester den Hausärzten Seminare zum Erkennen und Behandeln von Depressionen angeboten. Da man Bedenken hatte, dass Hausärzte das Suizidrisiko unterschätzen könnten, wenn sie Depressionen vermehrt selbst behandeln, verfolgte man genau die Entwicklung der Suizidraten und anderer Parameter. Es zeigte sich in dieser Studie, dass Depressionen in höherem Maße erkannt wurden als vor den Seminaren, dass weniger Hospitalisationen nötig waren wegen adäquater ambulanter Behandlung der Depressionen und dass es signifikant weniger Suizide gab.

Für eine erfolgreiche Suizidprävention gilt es, drei Ebenen von Defiziten anzugehen:

1. Diagnostische Defizite (Erkennung von Suizidalität)
2. Therapeutische Defizite (professionelle Betreuung suizidaler Personen)
3. Forschungsdefizite

Auf allen drei Ebenen braucht es zusätzliche Anstrengungen, um die Zahl der Suizide zu vermindern. Gerade am Beispiel Deutschlands kann gezeigt werden, dass Suizidraten durch die Verbesserung aller drei Ebenen gesenkt werden können.

Andererseits führen sensationelle Medienberichterstattungen über Suizide nachgewiesenermaßen zu einem unmittelbaren Anstieg der Selbsttötungen. Im Zusammenhang mit prophylaktischen Maßnahmen zur Suizidverhinderung kommt deshalb den Medien eine besondere Aufgabe zu; meines Erachtens wohl auch dann, wenn über assistierten Suizid berichtet wird.

4. Wie kommt es zur heutigen Forderung nach Suizidbeihilfe (assistierter Suizid)?

Unter mehreren möglichen Einflussfaktoren möchte ich zwei herausgreifen: zum einen den auch soziologisch beschriebenen Wandel der Wertvorstellungen und zum anderen die Rationierung und Ökonomisierung unserer Gesellschaft.

Zum Wertewandel: Suizide geschehen nicht im luftleeren Raum. Bei psychisch Kranken wie Gesunden ist die Einstellung zu Leben und Tod von der Mitwelt abhängig. In unserer pluralistischen Welt verliert die traditionelle, jüdisch-christlich geprägte Einschätzung des Lebens als Geschenk an Einfluss. Leiden wird weniger Sinn zugesprochen. Es wird erwartet, dass das Leben auch etwas zu bieten hat. Man kann diesen Aspekt unter das allerdings undifferenzierte Schlagwort „Konsumgesellschaft" stellen.

Andererseits erhält die Autonomie des einzelnen Individuums mehr Aufmerksamkeit. Parallel zu neoliberalen Tendenzen wird die Selbstverantwortlichkeit des Menschen betont. Da gleichzeitig die technischen Möglichkeiten, auf Lebensprozesse Einfluss auszuüben, von Geburt bis Tod ständig zunehmen, steht die Anforderung im Raum, auch über das Leben selbst zu entscheiden. In der Schweiz entstand Ende der siebziger Jahre die sogenannte Exit-Bewegung, die sich in einer ersten Phase gegen die maschinelle Lebensverlängerung schwer kranker Personen wandte. Heute wird von Exit gefordert, das Leben nicht nur am Lebensende autonom beenden zu können, sondern auch in der Lebensmitte. Das Autonomiegebot wird selbst auf Menschen übertragen, die aufgrund einer psychischen Krankheit in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit mehr oder weniger eingeschränkt sind.

Mit dieser Strömung verbindet sich eine Tendenz, das Leben auch unter finanziellen Aspekten zu betrachten. So wurde in der Neuen Zürcher Zeitung vom 20./21. November 2004 in einem Beitrag von Peter Holenstein vorgerechnet, welche Kosten Suizide und Suizidversuche verursachen. Es besteht die Gefahr, dass auch Rationierung und Sparpolitik (nicht unbedingt explizit, aber implizit) zur Ausbreitung assistierter Suizide beitragen.

5. Was kann die Suizidforschung zur Frage des assistierten Suizids beitragen?

Die Suizidforschung verweist unmissverständlich darauf, dass die Suizidalität ein Lebensproblem ist. Der Tod soll dazu verhelfen, Probleme des Lebens zu beseitigen. Auch hier gibt es Ausnahmen. Vor allem im hohen Alter ist mitunter ein Mensch auch einfach lebensmüde. Er hat genug erlebt. Im Vordergrund des Suizidgeschehens

stehen aber schwer zu bewältigende Lebensprobleme, die oft durch eine psychische Erkrankung bedingt sind. Diese rufen primär nach einer Lösung im Leben.

Wenn sich in der Schweiz 1.400 Menschen jährlich das Leben nehmen, so versteckt sich hinter dieser Zahl viel persönliche Tragik. Besonders schwer hinzunehmen sind jene Suizide, die vermeidbar erscheinen, weil sie zum Beispiel infolge einer behandelbaren, aber nicht behandelten psychischen Störung erfolgt sind. Diese gilt es zu vermeiden.

Es bleiben aber immer medizinisch unlösbare Probleme, die einen Menschen in den Tod treiben können. Hier stellt sich die Frage, ob und wie Menschen Unterstützung zur Selbsttötung finden sollen. Meines Erachtens darf ein allfälliges Hilfsangebot zur Selbsttötung die bedingte Autonomie des Suizidwilligen nicht weiter einschränken. Der Wunsch nach Beihilfe zur eigenen suizidalen Handlung zeigt ja auch auf, dass ein Mensch auf andere angewiesen ist. Dieses Angewiesensein kann ausgenutzt werden – willentlich oder unwillentlich im Triumph einer technisch machbaren Lösung. Es kann ihr aber auch in schmerzlicher Übernahme von Mitverantwortung begegnet werden. Höchst persönliche Entscheidungen können nie Angelegenheit einer Organisation oder Institution sein – auch wenn in der Schweiz privatrechtliche Vereine diesen Anspruch erheben.

Ich schließe mit der Feststellung, dass die Gefahr eines Suizids immer dann steigt, wenn nicht nur der Patient, sondern auch der Arzt ohne Hoffnung ist. Deshalb ist die Entwicklung und Ausweitung palliativer Ansätze in der Behandlung psychisch Kranker so wichtig, damit die Alternative zur kurativen Therapie nicht Resignation ist.

HANS LILIE
Professor für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht – Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Einstellungen zum Sterben – ein strafrechtlicher Vergleich

In seinem 1805 verfassten „Entwurf einer allgemeinen Therapie" beklagt der hallesche Arzt Johann Christian Reil, dass es zwar eine eigene Kunst gebe, dem Menschen ins Leben zu verhelfen, aber dafür, dass man erträglich aus diesem wieder herauskomme, sei fast nichts getan. Diese 200 Jahre alte Klage hat nichts von ihrer Aktualität eingebüßt, obwohl selten so intensiv über Sterbehilfe diskutiert wurde wie heute. Es bleibt eine in vielen Details anhaltende Ratlosigkeit, für die symptomatisch ist, dass alle Kompetenz, die sich um eine Regelung bemüht, bis heute aber nicht zu einem wirklich überzeugenden und allseits konsentierten Erfolg gekommen ist.

Zwei Fälle belegen auf erschreckende Art und Weise, wie sehr alle juristischen, philosophischen, ethischen und medizinischen Lösungsansätze am wirklichen Leben scheitern. Hermi Eckert, eine Frau in der Mitte ihres Lebens, litt unter entstellendem, weit fortgeschrittenem Gesichtskrebs so massiv, dass sie keinen anderen Ausweg mehr wusste, als sich an den medizinischen Außenseiter Hackethal zu wenden.[1] Dieser versprach ihr Hilfe in einer für sie unerträglich gewordenen Situation. Er stellte ihr Zyankali bereit und musste aus strafrechtsdogmatischen Gründen dokumentieren, dass er sie anschließend im Sterben allein ließ. Diese Einsamkeit am Ende des Lebens belegt die schockierende Praxisferne insbesondere der strafrechtlichen Debatte über Sterbehilfe. Um sich nicht nach der Dogmatik der Sterbehilfe strafbar zu machen, muss der Arzt seine Patienten im Sterben allein lassen und ihnen ein Präparat verschaffen, das zu einem grausamen Erstickungstod führt.

Genauso bewegend ist der Tod eines berühmten Strafrechtslehrers. Im Jahre 1986 formulierte er in Japan in einem Vortrag zum Thema „Euthanasie – Selbsttötung –

1 Entschieden durch Beschluss des Oberlandesgerichtes München vom 31. Juli 1987, vgl. Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 40, 1987, S. 2940 ff.

Tötung auf Verlangen", dass zwar der Einzelne der Gemeinschaft verpflichtet sei, solange er lebe, er indessen der Gemeinschaft gegenüber gerade nicht verpflichtet sei zu leben.[2] Über eine Selbsttötung oder über die Einwilligung in die Tötung durch einen anderen müsse der Einzelne selbst entscheiden und diese Entscheidung selbst verantworten: „Vor seinem Gewissen, vor seinem Nächsten, vor Gott. Den Staat jedenfalls und staatliche Normsetzung betrifft das nicht." Diese These hat das japanische Auditorium äußerst schockiert.[3] Nach der japanischen Tradition wurde Selbsttötung ursprünglich nicht als rechtswidrig angesehen. Erst die Rezeption des deutschen Rechts führte zur Strafbarkeit der Beteiligung an einer Selbsttötung. Die Dramatik liegt bis heute darin, dass der Kollege wusste, wovon er sprach. Er litt vermutlich schon damals unter einer schweren unheilbaren Krankheit. Deswegen kann oder muss man vermuten, dass ihn die genaue Kenntnis der deutschen Rechtslage am Ende zum Suizid motivierte.[4]

Verfolgt man vor diesem Hintergrund die Debatte über die Sterbehilfe und versucht dennoch eine gewisse kritische Distanz zu erreichen, so beschleicht einen die Sorge, dass unausgesprochen für viele eine tiefe Angst, Entscheidungen könnten beeinflusst werden, das zentrale Motiv zu sein scheint. Es ist die Angst vor den „ums Erbe schleichenden Angehörigen" und vorschnell „willfährig tötenden Ärzten", um es überspitzt darzustellen. Wissenschaftlicher formuliert geht es darum, dass in der Diskussion um die vermeintliche Privatautonomie am Lebensende zu wenig Absicherungen gegen „allfällige Missbrauchsrisiken" zur Verfügung stehen. Dieser Missbrauch, so wurde unlängst erläutert, entspräche aber der Lebenswirklichkeit.[5] Es sei eine Einschränkung des strafrechtlichen Schutzes von Menschen in kritischen Situationen, wie etwa dem Wachkoma, oder bei schweren neurologischen Erkrankungen zu befürchten.[6]

Noch immer geht man davon aus, dass einer teilweisen Rücknahme des Tötungsverbotes zugunsten des Selbstbestimmungsrechts nicht das Wort geredet werden dürfe.[7] Es wird befürchtet, dass durch unsachliche Beeinflussung des Willens der Kranken

2 Vgl. K. Ueda 2001, Die Sterbehilfe in Japan als Beispiel der Japanisierung westlicher Rechtskultur, in: H. Scholler/S. Tellenbach (Hrsg.), Die Bedeutung der Lehre vom Rechtskreis und der Rechtskultur, Berlin, S. 103.
3 K. Ueda, ebenda.
4 K. Ueda, ebenda.
5 G. Duttge 2004, Preis der Freiheit. Zum Abschlußbericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende", Frankfurt am Main, Einleitung.
6 O. Tolmein, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20. Oktober 2004, Nr. 245, S. 35.
7 B. Jähnke 2003, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Auflage, § 216 Rn. 1; F. Hufen 2001, In dubio pro dignitate, in: NJW 54, S. 849–857, hier S. 855; G. Duttge 2004, Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende, in: Zeitschrift für Lebensrecht (ZfL) 13, S. 30–38, hier S. 34; anderer Ansicht: K. Chatzikostas 2001, Die Disponibilität des Rechtsgutes Leben in ihrer Bedeutung für die Probleme von Suizid und Euthanasie, Frankfurt am Main; D. Albrecht 2003, Strafrechtliche Aspekte der ärztlich vorgenommenen

das Rechtsgut Leben relativiert werde.[8] Nach wie vor stößt man auf den Hinweis, dass die Rechtsordnung für diese Konflikte andere, angemessenere Lösungsmöglichkeiten bereithalte.[9] Diese verklausulierten Hinweise auf Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgründe sind aber auf ärztlicher Seite der Grund für größte Zurückhaltung und damit für oft schlechte Behandlung beim Sterben. Weil das materielle Strafrecht sich einigermaßen sicheren Grenzziehungen verschließe, soll gerade in Fällen, in denen keine Aussicht auf Leidensminderung für den Patienten besteht, der Konflikt „des Täters – also des Arztes – mit verfahrensrechtlichen Instrumenten bewältigt werden".[10] Auch für die Fälle der Tötung auf Verlangen wird darauf hingewiesen, dass die Behandlung der Tat nach § 153 der Strafprozessordnung (StPO), also Einstellung des Verfahrens wegen geringer Schuld, der Tragik der Situation gerecht werde.[11]

Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts am Ende des Lebens führt zwangsläufig zu Auseinandersetzungen, die nicht nur die juristische Dogmatik angehen. Angesichts der Interdisziplinarität des Themas ist das, was im Recht geradezu akribisch in der Theorie entwickelt wird, oft fern von dem, was auf Intensivstationen, in der palliativen Medizin oder in Altenheimen an der Tagesordnung ist. Der von Taupitz[12] betonte „Spagat" zwischen dem Recht zur Selbstbestimmung bis hin zur Gefahr der Selbstschädigung einerseits und dem Schutz und der Fürsorge für den Betroffenen mit der Gefahr der Fremdbestimmung andererseits kennzeichnet die strafrechtliche Bewertung dieser Problematik.

Mit dem inzwischen zurückgezogenen Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (BetrÄndG) hat man zwar einen ersten Schritt zur Absicherung

Therapiebegrenzung, in: K. Amelung (Hrsg.), Stafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie: Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003, Heidelberg, S. 551.
8 B. Jähnke 2003, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Auflage, Berlin, § 216 Rn. 1; K. Kutzer 2001, Sterbehilfeproblematik in Deutschland – Rechtsprechung und Folgen für die klinische Praxis, in: Medizinrecht (MedR) 19, S. 77 ff., hier S. 78; F. Oduncu/W. Eisenmenger 2002, Euthanasie – Sterbehilfe – Sterbebegleitung, in: MedR 20, S. 327–337, hier S. 336; H.-L. Schreiber 2004, Besteht ein Bedarf für eine gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe nach dem Vorbild der Niederlande und Belgiens?, in: ders. (Hrsg.), Recht und Ethik im Zeitalter der Gentechnik, Göttingen, S. 291–299, hier S. 297.
9 B. Jähnke 2003, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Auflage, Berlin, § 216 Rn. 1; K. Kutzer 1997, Rechtsgespräch mit dem Vorsitzenden Richter am Bundesgerichtshof Klaus Kutzer: Wir brauchen keine neuen Gesetze zur Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP) 30, S. 117 ff., hier S. 119; ders. 2004, Der Wille des Patienten ist am Lebensende entscheidend, in: ZRP 37, S. 213 ff., hier S. 214; anderer Ansicht: H. Mertin 2004, Schaffung eines Rechtsrahmens im Spannungsverhältnis Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmungsrecht, in: ZRP 37, S. 170–172, hier S. 171; S. Storr 2002, Der rechtliche Rahmen für die Entscheidung zum Therapieabbruch, in: MedR 20, S. 436–441, hier S. 441.
10 B. Jähnke 2003, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 11. Auflage, Berlin, § 216 Rn. 17.
11 B. Jähnke, ebenda.
12 J. Taupitz 2000, Landesbericht Deutschland, in: ders., Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation, Berlin, S. 273.

des Selbstbestimmungsrechts unternommen, jedoch die strafrechtlich relevanten Kernfragen der Sterbehilfe entgegen anders lautenden Empfehlungen gerade nicht berührt. So muss sich die sich immer weiter entwickelnde moderne Medizin am Lebensende in einem Recht orientieren, das in der dogmatischen Diskussion der Mitte des vorigen Jahrhunderts verhaftet ist.

Dabei hat sich die Rechtsprechung in nur wenigen, zugleich auch extrem gelagerten Einzelfällen mit den Problemen des Arzt-Patient-Verhältnisses am Ende des Lebens auseinander gesetzt,[13] die zugleich die Vielfalt der unterschiedlichen Lebenssachverhalte anschaulich widerspiegeln. Diese Rechtsprechung hat eher Unsicherheit und Angst geschürt, als zuverlässige Leitlinien für ärztliches Handeln im Berufsalltag bereitzustellen. „Hard cases make bad law."[14] Dieser Satz gilt auch und erst recht für die Fragen der Sterbehilfe. Die unglückliche Verknüpfung medizinischen Fortschritts und verharrender juristischer Dogmatik hat die Ungewissheit über Spielräume am Lebensende verstärkt.

Jedenfalls scheint die heutige strafrechtliche Debatte über die Sterbehilfe in einer Sackgasse angelangt zu sein. Eine Analyse der Unterschiede zwischen aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe soll hier nicht wiederholt werden.[15] Gleichwohl müssen einige Punkte aufgezeigt werden, die die Schwierigkeit im Umgang mit diesem System und dessen Schwächen belegen.

In der Diskussion wird die besondere Bedeutung der passiven Sterbehilfe hervorgehoben. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen bei Sterbenden wird immer unter dem „Damoklesschwert" der strafrechtlichen Verfolgung als Tötungsdelikt gesehen. Ein Arzt, der Maßnahmen zur Lebensverlängerung unterlässt, könnte wegen Totschlags durch Unterlassen belangt werden. Dabei hat sich in der jüngsten Debatte die Auffassung herauskristallisiert, dass die Weiterbehandlung eines Patienten über das für ihn erträgliche Maß hinaus als Körperverletzung im Sinne des § 223 des Strafgesetzbuches (StGB) zu bewerten sei.[16] Der Arzt hat immer den Wunsch des Patienten zugrunde zu legen. Er hat ihn so lange weiterzubehandeln, wie dieser es ausdrücklich wünscht. Konsequenterweise muss er sich dem überlegten und eindeutig geäußerten Willen des Patienten beugen, wenn dieser den Wunsch formuliert hat, nicht, wenn auch nur für kurze Zeit, leiden zu müssen. Dabei ist die Gefahr oft groß, dass sich der einzelne Patient einem Konzept von Würde am Lebensende unterwerfen muss, das der Arzt für sich als ideal ansieht. Demzufolge ist für den Fall, dass der todkranke Patient nicht mehr selbst entscheiden kann, sein mutmaßlicher Wille und nicht das Ermessen des behandelnden Arztes der rechtliche Maßstab dafür, welche lebensverlängernden Maßnahmen zulässig sind und wie lange diese fortgesetzt werden dürfen.

13 Vgl. die Zusammenstellung im Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz „Sterbehilfe und Sterbebegleitung", Anhang G.
14 Vgl. H.-L. Schreiber 1999, Sterbehilfe und Behandlungsbeschränkung, in: Kirche & Recht (KuR) 5, S. 227–233.
15 Vgl. dann ausführlicher E. Deutsch/A. Spickhoff 2003, Medizinrecht, 5. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York, Rn. 499 ff.; C. Schmaltz 2001, Sterbehilfe, Rechtsvergleichung Deutschland – USA, Frankfurt am Main, S. 18 ff.; J. Heyers 2001, Passive Sterbehilfe bei entscheidungsunfähigen Patienten und das Betreuungsrecht, Berlin, S. 19 ff.
16 C. Roxin 2001, Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe, in: ders. (Hrsg.), Medizinstrafrecht: Im Spannungsfeld von Medizin, Ethik und Strafrecht, 2. Auflage, Stuttgart, S. 93 ff., hier S. 100.

§ 1901a des Dritten Referentenentwurfs zum BetrÄndG schlägt inzwischen eine entsprechende Regelung vor. Auch die Rechtsprechung hat in dieser Situation in jüngster Zeit zunehmend den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts herausgestellt: *voluntas aegroti suprema lex*. Für die passive Sterbehilfe ist immer Voraussetzung, dass das Grundleiden eines Kranken nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar, also bereits ein tödlicher Verlauf eingetreten ist und der Tod innerhalb kürzester Zeit erwartet wird. Das ist der Fall, wenn sämtliche medizinisch-pharmazeutischen Mittel ausgeschöpft sind und ihr weiterer Einsatz das Leiden des Kranken verlängern würde, ohne ihm wirklich zu helfen. Bislang versucht man die hier auftretenden Probleme in der rechtlichen Beurteilung zwischen einverständlichem und einseitigem Behandlungsverzicht abzugrenzen. In der Praxis treten hier jedoch außerordentliche Abgrenzungsschwierigkeiten auf. Der konkret leidende Patient wird häufig in dieser Lebenssituation überfordert sein und das ihm akademisch zugewiesene Selbstbestimmungsrecht nur in ganz rudimentären Zügen überhaupt noch wahrnehmen wollen. Gerade im vertraulichen Gespräch hört man oft von Intensivmedizinern, dass diese rechtliche Konstruktion dem Patienten Entscheidungen abverlange, die er häufig gar nicht mehr treffen wolle.

Ein weiterer strafrechtsdogmatischer Streit ist in das Problem eingebettet. Werden künstliche Lebenserhaltungssysteme abgeschaltet, so wirft das die Frage auf, ob dies als Tun oder Unterlassen zu werten sei.[17] Die Ratlosigkeit der Debatte offenbart sich dort, wo ein tatsächlich positives Tun, nämlich das Abschalten des Respirators, rechtlich als Unterlassen bewertet wird.[18] Auf Außenstehende, also die Ärzteschaft, muss es

17 A. Hohenstein 2003, Die Einführung der aktiven Sterbehilfe in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, S. 16 f.; ausführlich jüngst F. Czerner 2005, Das Abstellen des Respirators an der Schnittstelle zwischen Tun und Unterlassen bei der Sterbehilfe, in: Juristische Rundschau (JR) 59, S. 94–98; C. Roxin 1992 ff., Strafrecht: Allgemeiner Teil, Bd. 2, § 31 Rn. 115–118.
18 C. Roxin 1992 ff., Strafrecht: Allgemeiner Teil, Bd. 2, § 31 Rn. 117.

befremdlich wirken, wenn man hier von Unterlassen durch Tun spricht.[19] Die rechtliche Bewertung bezieht sich dabei als Ausgangspunkt auf das äußerlich wahrnehmbare Handeln des Arztes, wodurch der Wille des Patienten nahezu verdrängt wird. Die Denkfigur des Unterlassens durch Tun für den technischen Behandlungsabbruch ist nach wie vor umstritten.[20] Gegen die von Roxin entwickelte Figur des Unterlassens durch Tun wird in erster Linie angeführt, dass so der soziale Sinngehalt der Maßnahme uminterpretiert werde und eine Belastung für die Rechtssicherheit darstelle.[21] Die Autoren, die von positivem Tun ausgehen, wenn im Sterbeprozess ein Respirator abgestellt werde, suchen eine Lösung auf der Rechtswidrigkeitsebene.[22] Zutreffender wäre es dann, davon auszugehen, dass in diesen Fällen des nicht mehr aufhaltbaren tödlichen Verlaufs keine Rechtspflicht mehr zur Weiterbehandlung besteht.[23] Damit entfällt bereits der objektive Tatbestand. Festzuhalten bleibt für beide Argumentationslinien, dass der Streit und die vorgeschlagenen pragmatischen Lösungen doch auch ergebnisorientiert sind und zeigen, dass die Strafrechtsdogmatik, die hier vom Arzt als Täter ausgeht, an ihre Grenzen stößt.

Nicht viel anders stehen die Probleme um die indirekte Sterbehilfe. Häufig wird die indirekte Sterbehilfe als nicht mehr problematisch abgetan, da die moderne Schmerztherapie den frühzeitigen Tod des Patienten verhindere und eher zu einer Lebensverlängerung führe. Irritierende Begriffe wie „finale“ oder „terminale Sedierung“ deuten an, dass gerade die Probleme der indirekten Sterbehilfe, die im Strafrecht auf der Vorsatzseite spielen, erheblicher geworden zu sein scheinen. Nicht zu Unrecht wird hier von „Grauzonen“ gesprochen.[24]

Die große Unsicherheit rührt daher, dass hier die Intention des Arztes den Ausschlag geben muss. Damit werden ganz erhebliche Beweisprobleme aufgeworfen, die der Sicherheit der ärztlichen Tätigkeit nicht dienen und jedem Vertrauensschutz zuwiderlaufen. Auch diese Form von Palliativmedizin, die durch das Adjektiv „terminal“ oder „final“ geprägt ist, wird von vornherein von dem ärztlichen Bewusstsein um die Lebensverkürzung mitbestimmt. Hier von *dolus eventualis* zu reden oder davon, dass der Tod nur die unerwünschte Nebenfolge sei, verdeckt die Realität. Die Terminologie der Sterbehilfe ist von einem überkommenen und rein naturalistischen Abgrenzungssystem geprägt. In Deutschland streitet man vor allem darüber, ob im Einzelfall aktive oder passive, direkte oder indirekte Sterbehilfe vorliegt. Die Verlagerung der Debatte auf dogmatische Abgrenzungskriterien ließ den Blick auf den Patienten mit seinem konkreten Leid verloren gehen. Wenn auch seit geraumer Zeit in der Auseinandersetzung um die Wirksamkeit und den Inhalt der Patientenverfügung stärker auf den Patientenwillen eingegangen wird, diskutiert man noch immer nicht über solche Maßnahmen, die aus Sicht des einzelnen Patienten für seine konkrete Leidens- und Lebenslage angemessen sind.

19 C. Roxin 1992 ff., Strafrecht: Allgemeiner Teil, Bd. 2, § 31 Rn. 117.
20 H.-J. Hirsch 1987, Behandlungsabbruch und Sterbehilfe, in: W. Küper/I. Puppe/J. Tenckhoff, Festschrift für Karl Lackner zum 70. Geburtstag am 18. Februar 1987, Berlin, S. 597–620, hier S. 605.
21 K. Seelmann, in: Nomos Kommentar zum StGB, § 13 Rn. 23.
22 K. Lackner/K. Kühl 2001, Strafgesetzbuch. Mit Erläuterungen, München, § 211 Rn. 7.
23 H.-J. Hirsch 1999, Behandlungsabbruch und Sterbehilfe, in: ders., Strafrechtliche Probleme: Schriften aus drei Jahrzehnten, Berlin, S. 814–838, hier S. 823.
24 E. Fischer 2004, Recht auf Sterben?!, Frankfurt am Main, S. 81 ff.; H. Schöch 1997, Die ersten Entscheidungen des BGH zur sog. indirekten Sterbehilfe, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht (NStZ) 17, S. 409, hier S. 410; T. Verrel 1997, Der BGH legt nach – Zulässigkeit der indirekten Sterbehilfe, in: MedR 15, S. 248 ff., hier S. 249.

In dieser Hinsicht scheinen andere Staaten längst weiter zu sein: Beginnen wir mit unseren Nachbarn in der Schweiz. Hier ist die Rechtslage nicht so viel anders als bei uns in Deutschland.[25] Dennoch zeigen die Zahlen ein anderes Bild.[26] Das Schweizer Institut für Sozial- und Präventivmedizin hat gemeinsam mit dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich 5.000 Ärzte interviewt. Alle diese Ärzte hatten Totenscheine ausgestellt. Um zu zuverlässigen Angaben zu kommen, wählte man eine anonymisierte Befragung. 3.355 Ärzte meldeten sich zurück und füllten die Fragebögen aus. Die Ergebnisse waren überraschend, wenn nicht gar erschreckend. In 51 Prozent aller angegebenen Fälle soll Sterbehilfe eine Rolle gespielt haben. Bislang hat man in der deutschen Debatte eher die Niederlande als „Vorreiter” auf diesem Gebiet angesehen. Im Stillen scheint in der Schweiz Sterbehilfe wesentlich häufiger praktiziert zu werden. In der Schweiz wird genau wie nach deutschen Prinzipien zwischen den unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe unterschieden. Die Untersuchung ergab, dass in 28 Prozent aller Fälle passive Sterbehilfe und in 22 Prozent aller Fälle indirekte aktive Sterbehilfe eine maßgebliche Rolle gespielt haben. Mit unter einem Prozent sind die Suizidbeihilfe und die aktive Sterbehilfe zu verzeichnen. Gleichwohl bedeutet das, dass in der Schweiz jährlich hochgerechnet bei circa 420 Patienten aktive Sterbehilfe angewandt wird. Diese Zahlen lassen nur erahnen, wie hoch die Dunkelziffern sind. Es ist zu fragen, ob es sich dabei nur um eine Schweizer Gegebenheit handelt oder ob diese Zahlen auch Hinweise auf die Situation in Deutschland geben. Immerhin ist hier hinter vorgehaltener Hand bei offenen vertrauensvollen Gesprächen immer wieder und aus verschiedensten

25 Vgl. J. Rehberg/A. Donatsch 2001, Verbrechenslehre, Zürich, S. 3 ff.; G. Stratenwerth/G. Jenny 2003, Schweizerisches Strafrecht: Besonderer Teil, Bern, § 1 Rn. 39.
26 End-of-Life Decision-Making in Six European Countries: Descriptive Study, in: The Lancet 361, Nr. 9374, vgl. dazu: http://www.thelancet.com.

Quellen zu hören, dass aktive Sterbehilfe eine in Deutschland geleugnete Realität sei. Es handelt sich um ein zu vermutendes Dunkelfeld, das sich mit der Verunsicherung der Ärzteschaft gut erklären ließe. Angesichts dieser Zahlen wird deshalb auch in der Schweiz seit Jahren über die Reform der strafrechtlichen Vorschriften zur Sterbehilfe intensiv diskutiert.[27] Dabei steht insbesondere die Einschränkung der Strafbarkeit von Tötung auf Verlangen im Vordergrund. Allerdings ist diese Reformdebatte im Februar 2004 zum Stillstand gekommen, weil der Bundesrat auf Antrag des neuen Justizministers überraschend beschlossen hat, die Sterbehilfe von der Liste der prioritären Gesetzgebungsvorhaben zu streichen. Ungeachtet dessen ist die organisierte Suizidbeihilfe in der Schweiz ein wichtiger Diskussionspunkt.

Die von Juristen, Ärzten und Pflegenden gegründete Sterbehilfeorganisation Exit ebenso wie der von einem schweizerischen Rechtsanwalt 1998 gegründete Verein „Dignitas – Würdiges Leben, würdiges Sterben" wie auch die von einem Psychiater im Jahre 2002 ins Leben gerufene „Suizidhilfe" stützen ihre Tätigkeit vor allem auf Artikel 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches, der die Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord nur bei einem Handeln aus bloßem Selbstnutz unter Strafe stellt. Man geht davon aus, dass pro Jahr rund 300 Selbsttötungen von den Vereinen unterstützt werden. Interessant ist, dass die Debatte in der Schweiz hinsichtlich dieser Entwicklung nicht auf ein generelles Verbot abzielt, vielmehr strebt man in den einzelnen kantonalen Suizidbeihilfegesetzen an, das Verfahren dieser Organisationen zu beaufsichtigen. Ein wichtiges Motiv ist dabei, einen beginnenden Sterbehilfetourismus einzuschränken.

Auch der Blick auf unsere Nachbarn in den Niederlanden wartet mit einigen Überraschungen auf.[28] Die Lektüre der Jahresberichte der Kontrollkommission offenbart, dass die Gesamtzahl der gemeldeten Fälle von Euthanasie und Beihilfe zum Suizid seit Einführung des Meldeverfahrens von 2.123 im Jahre 2000 auf 1.815 im Jahre 2003 zurückgegangen ist.[29] Verletzungen der Sorgfaltsanforderung, die wesentlicher Kern der niederländischen Regelung ist, wurden in dieser Zeit in weniger als zehn Fällen festgestellt. Dennoch bleibt ein Dunkelfeld zu vermuten. Einige Autoren gehen von jährlich ungefähr 3.500 Fällen der Euthanasie und ungefähr 300 Fällen der Beihilfe zum Selbstmord aus.[30] Damit scheint man dem wichtigsten Ziel, der Schaffung von mehr

27 G. Stratenwerth, S. 76, mit weiteren Nachweisen.
28 Dazu ausführlich M. Lindemann 2005, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid in den Niederlanden, in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft (ZStW) 117, S. 208–235.
29 Dazu M. Lindemann, ebenda, mit Verweis auf: Regionale toetsings comissies euthanasie 2003 unter: http://www.minvws.nl.
30 G. van der Wal et al. 2003, Medische besluitvorming aan het einde van het leven – De praktijk en de toet-

Transparenz in den Fällen der Sterbehilfe, nunmehr näher gekommen zu sein. Nach wie vor besorgniserregend ist allerdings die angesprochene Dunkelziffer, bei der vermutet wird, dass sie 40 Prozent aller Fälle übersteige.[31] Auch scheinen die Fälle der Sterbehilfe bei Kindern nach wie vor problematisch zu sein,[32] ebenso wie jene Fälle, in denen das Leben von Patienten ohne ein entsprechendes Verlangen beendet wurde. Auf einen Gesichtspunkt sollte man freilich hinweisen. Die Niederlande haben einen über 30 Jahre währenden öffentlichen Diskussionsprozess benötigt, um zu diesem Gesetz zu kommen. In der Bundesrepublik Deutschland stehen wir im Vergleich dazu am Anfang, dies insbesondere vor dem Hintergrund des menschenverachtenden Missbrauchs der Euthanasie durch die Nationalsozialisten.

Auch außerhalb Europas ist die Sterbehilfeproblematik weitgehend ungelöst. So wurde bisher zum Beispiel in Japan über die Sterbehilfe viel weniger diskutiert. In Japan, und übrigens nicht anders in Korea, sind die Fragen um die Sterbehilfe inzwischen aber als komplizierte Problemlage erkannt. Immer mehr wird auch in diesen asiatischen Kulturen die Selbstbestimmung in das Zentrum der Diskussion gerückt. Traditionell ist es dort immer noch so, dass die Gesellschaft den Ärzten eher ein weites Ermessen einräumt. Zwar ist in Zivilsachen inzwischen eine deutliche Veränderung spürbar, so dass die Selbstbestimmung einen immer breiteren Raum in jüngeren Entscheidungen einnimmt. Zu Konflikten kam es in nur wenigen Fällen, meist wenn die Hinterbliebenen einen Fall der Sterbehilfe vermuteten. Im Übrigen ist die Staatsanwaltschaft bei der Strafverfolgung solcher Fälle sehr zurückhaltend. Die Vorschriften zum Lebensschutz sind in Japan wie Korea der deutschen Situation sehr angeglichen. Die Tötung ist nach § 199 des japanischen Strafgesetzbuches (jStGB) strafbar. Auch die Beihilfe zur Selbsttötung ist nach § 202 jStGB strafbar. Als Beteiligung an der Selbsttötung werden vier verschiedene Handlungsformen qualifiziert. Hier werden Anstiftung und Beihilfe zur Selbsttötung bestraft. Hinzu kommt, dass die Tötung auf Verlangen und die sogenannte Tötung mit Einwilligung bestraft werden. Allerdings sieht man in Japan eine Privilegierung vor. Während bei der normalen Tötung lebenslange Zuchthausstrafe und sogar die Todesstrafe in Betracht kommen,

singsprocedure euthanasie, Utrecht, S. 183, zitiert nach: M. Lindemann 2005, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid in den Niederlanden, in: ZStW 117, S. 208–235, hier S. 214; C. Finger 2004, Evaluation der Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden, in: MedR 22, S. 379–382; ferner M. Lindemann, ebenda.
31 Ausführlich zu diesem Fragenkreis E. Fischer 2004, Recht auf Sterben?!, Frankfurt am Main, die sich insbesondere mit der Frage der Übertragbarkeit des niederländischen Modells der Sterbehilfe befasst.
32 Dazu die jüngsten Zahlen: Seit 1997 wurden von niederländischen Ärzten 22 Tötungen unheilbar kranker Neugeborener gemeldet. Nachweise unter Universitair Medisch Centrum Groningen: http://www.umcg.nl/azg/nl/ und http://www.utrg.nl. Kritisch zu diesen Zahlen: http://www.volkskrant.nl

wird für § 202 jStGB eine Höchststrafe von sieben Jahren vorgesehen. Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben wird die Sterbehilfedebatte auch in Japan in engem Zusammenhang mit der Beihilfe zur Selbsttötung diskutiert. Dies erklärt sich nicht zuletzt auch aus einer traditionell sehr starken Rezeption des deutschen Strafrechts im japanischen Rechtssystem.

An dieser Stelle kann darauf hingewiesen werden, dass eine Gruppe von Abgeordneten im japanischen Unterhaus zurzeit plant, einen Gesetzesentwurf zur Straflosigkeit des Abbruchs der Behandlung, die nur noch lebensverlängernd ist, vorzulegen. Dabei spielt nicht nur die Schmerzbekämpfung eine Rolle, vielmehr hat man aus dem Amerikanischen den Begriff *death with dignity* übernommen und ein würdevolles Sterben als Zentralbegriff angesehen. Dieser Gesetzesentwurf ist bislang nicht veröffentlicht. Man erwartet eine heftige Kontroverse und zweifelt an seiner Realisierung.

Insbesondere heftig umstritten ist auch in der japanischen Debatte die aktive Euthanasie, wo allerdings gegenwärtig zwei große Meinungsstränge heftige Auseinandersetzungen austragen. Für eine aktive Lebensbeendigung wird insbesondere die Einwilligung des Schwerstkranken hervorgehoben, während die Kritiker auf die Stellung des Rechtsgutes Leben abstellen und insbesondere die Frage aufwerfen, ob der Ärzteschaft aktive Tötung mit dem Willen des Patienten überhaupt zugemutet werden kann. Zudem ist in der Debatte umstritten, ob der Zustimmung des Patienten zu aktiven Maßnahmen bei der Lebensbeendigung rechtfertigende oder nur schuldausschließende Wirkung zukommen kann.

Im Jahre 1995 hat das Landgericht Yokohama vier Voraussetzungen für die Rechtfertigung der aktiven Sterbehilfe benannt. Danach bleibt der Arzt nur dann straflos, wenn der Patient an heftigen und unheilbaren Schmerzen leidet, der Tod unabwendbar ist und unmittelbar bevorsteht. Erforderlich ist weiter, dass alle möglichen Mittel zur Beseitigung oder Eindämmung der Schmerzen erfolglos angewendet und alternative Behandlungen nicht mehr in Sicht sind. Wichtig ist, dass in diesem Urteil eine ausdrückliche Willenserklärung des Patienten gerade nicht verlangt wurde.[33]

Zur koreanischen Debatte: Auch in Südkorea sind die Fragen um die Sterbehilfe aktuell.[34] Dabei wird in Korea die Diskussion ganz eng an die Auseinandersetzung in Japan und Deutschland angelehnt. Insbesondere die Entscheidungen des Landgerichts Yokohama und des Oberlandesgerichts Nagoya werden herangezogen.[35] Im Übrigen wird in Südkorea im Wesentlichen die deutsche Sterbehilfedebatte adaptiert. Man wirft dabei aber auch einen intensiven Blick auf die Situation in den Niederlanden.[36]

Was bleibt aus der Debatte?

Versucht man die gegenwärtige Auseinandersetzung in Deutschland zu analysieren, so fällt neben einer großen Anzahl von Einzelproblemen auf, dass man nach wie vor der klassischen Einteilung der unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe verhaftet bleibt. Diese Einteilung, die auf Engisch[37] zurückgeht, scheint angesichts der gegenwärtig geführten Debatten überholt zu sein. Anknüpfungspunkt für diese Bewertung ist das Verhalten des Arztes. Sterbehilfe definieren wir gegenwärtig nicht aus der Sicht des betroffenen Patienten und helfenden Arztes, sondern in Erwartung eines potentiellen Straftäters. Daher ist Sterbehilfe automatisch in die Kategorien des Strafrechts und seine Denkmodelle eingebettet. Diese Verwurzelung im traditionellen Denken scheint eines der Hauptprobleme in der gegenwärtigen Diskussion zu sein. Analysiert man die Zulässigkeit der Sterbehilfe nur im Hinblick auf strafrechtliche Tatbestände, bleibt die ganze Debatte auf einzelne ärztliche Handlungen beschränkt und orientiert sich nicht wirklich an den Betroffenen. Diese strafrechtliche Sichtweise verstellt den Blick für eine Lösung vom eigentlichen Interessenansatz. In der deutschen Debatte wäre es wichtig, sich der Sterbehilfe nicht von möglichen Formen ihres Missbrauchs her zu nähern. Ausgangspunkt muss vielmehr das Interesse des einzelnen Menschen sein. Zwar wurde gesagt, dass für die Abgrenzung von zulässiger und unzulässiger Form der Sterbehilfe das Prinzip der Menschenwürde wegen seiner unbestimmten Anwendungsvoraussetzungen kaum tauglich erscheinen könne.[38] Zu

33 K. Ueda 2001, Die Sterbehilfe in Japan als Beispiel der Japanisierung westlicher Rechtskultur, in: H. Scholler/S. Tellenbach (Hrsg.), Die Bedeutung der Lehre vom Rechtskreis und der Rechtskultur, Berlin, S. 103 ff.
34 Dazu W. Yim 2001, Die Rechtfertigung der Euthanasie, in: Journal of Criminal Law 16, Internationales Strafrechtskolloquium „Lebensschutz im Strafrecht", 12. bis 15. September 2001, Seoul/Korea, Special Issue, S. 220 ff.; H. M. Chong 2001, Die Grenze der Zulässigkeit der Sterbehilfe, in: Journal of Criminal Law 16, Internationales Strafrechtskolloquium „Lebensschutz im Strafrecht", 12. bis 15. September 2001, Seoul/Korea, Special Issue, S. 241 ff.; S. H. Han 2004, Legality of Euthanasia in USA, Netherlands, Germany, and Japan, in: Journal of Criminal Law 21, S. 158 ff.
35 Urteil des Oberlandesgerichtes Nagoya 1962, 12, 22, Gohyunggyp 15/9/674.
36 Dazu S. K. Park 2002, Strafrecht: Allgemeiner Teil, 5. Auflage, S. 159; J. S. Lee 1991, Formen und Erlaubnisgrenze der Euthanasie, in: Festschrift für Jhong Won Kim, S. 578; J. W. Lee 2004, Strafrecht: Besonderer Teil, 3. Auflage, S. 46; H. K. Lee 1997, Strafrecht: Besonderer Teil 1, S. 20; J. Y. Jun 1998, Untersuchungen zur Zulässigkeit der Euthanasie, in: Festschrift für Hyung Shik Myung, S. 163; I. T. Hoh 1997, Strafrechtsstudie 1, S. 428, 436; Urteil des Koreanischen Höchsten Gerichts vom 26. Juli 1956 – 4230 StR 126; anderer Ansicht: W. Yim 2003, Strafrecht: Besonderer Teil, 2. Auflage, S. 26. Zur Begründung der Straffreiheit der direkten Sterbehilfe wird auf die Verhaltensweise im Rahmen gesellschaftlicher Sitten (im Sinne des § 20 des koreanischen Strafgesetzbuches) zurückgegriffen.
37 K. Engisch 1948, Euthanasie und Vernichtung lebensunwerten Lebens in strafrechtlicher Beleuchtung, Stuttgart, S. 4.
38 U. Neumann, in: Nomos Kommentar zum StGB, § 211 Rn. 102, mit weiteren Nachweisen.

Recht ist deshalb darauf hingewiesen worden, dass die primäre Frage lauten müsse, ob die Einleitung und Fortführung invasiver lebenserhaltender Maßnahmen erlaubt und gerade nicht, ob sie geboten sei.[39] Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das bei jeder ärztlichen Behandlung Grund und Grenze für die Behandlung des Arztes darstellt, ist notwendige Voraussetzung für das Prinzip der Patientenautonomie. Deshalb wird gefordert, dass als Konsequenz des Autonomieprinzips der Grundsatz vom Vorrang des Willens des Patienten gegenüber dem Ziel eines durch künstliche Lebensverlängerung intendierten Lebensschutzes zu gelten habe. Dies aber nicht nur bei einer infausten Prognose, sondern in allen Fällen lebensverlängernder und darüber hinaus lebensrettender Maßnahmen.[40] Dabei reicht es nicht, eine Lösung über den rechtfertigenden Notstand oder die rechtfertigende Einwilligung zu suchen, also das Problem grundsätzlich im Bereich der Rechtfertigungsgründe zu lokalisieren.[41] Eine solche Lösung erliegt erneut den Zwängen einer vorgegebenen strafrechtlichen Kategorisierung von Sterbehilfe.

Gegenwärtig diskutiert der Arbeitskreis der schweizerischen, österreichischen und deutschen Strafrechtslehrer,[42] der sogenannte AE-Kreis, eine Reform des § 214 des Gesetzes über Sterbehilfe.[43] Bereits 1986 ging dieser davon aus, dass der Abbruch oder das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen nicht rechtswidrig sei, wenn

1. der Betroffene dies ausdrücklich und ernstlich verlangt oder
2. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis das Bewusstsein unwiederbringlich verloren hat oder im Falle eines schwerstgeschädigten Neugeborenen niemals erlangen wird oder
3. der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis sonst zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung dauernd außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Dauer und Verlauf seines aussichtslosen Leidenszustandes, insbesondere seinen nahe bevorstehenden Tod, diese Behandlung ablehnen würde, oder

39 F. Hufen 2001, In dubio pro dignitate, in: NJW 54, S. 849–857, hier S. 853; U. Neumann, in: Nomos Kommentar zum StGB, § 211 Rn. 103.
40 U. Neumann, ebenda, § 211 Rn. 105, mit zahlreichen Nachweisen.
41 U. Neumann, ebenda, § 211 Rn. 106.
42 Dazu demnächst ausführlich H. Schöch/T. Verrel und die Mitglieder des Arbeitskreises „Menschenwürdige Sterbebegleitung – Regelungsbedarf für den Gesetzgeber“ in GA 2005.
43 Vgl. J. Baumann et al. 1986, Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe (AE Sterbehilfe), Stuttgart; vgl. dazu H.-L. Schreiber 1986, Das Recht auf den eigenen Tod – zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe, in: NStZ 16, S. 337 ff., hier S. 343 ff.; H. Schöch 1986, Menschenunwürdiges Sterben und Strafrecht, in: ZRP 19, S. 236 ff., hier S. 237 ff.

4. bei nahe bevorstehendem Tod im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Aufnahme oder Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist.

Gegenwärtig überarbeitet der AE-Kreis diesen Entwurf und wird ihn in Kürze veröffentlichen. Aus der gesamten Debatte über Sterbehilfe scheint sich immer stärker herauszukristallisieren, dass insbesondere die Strafrechtswissenschaft von der herkömmlichen Terminologie Abschied nehmen muss. Der Wille des Patienten, seine Interessen, seine individuelle Leidensfähigkeit, aber auch seine beschränkte Kommunikationsfähigkeit sind beim Sterben maßgeblich.

Deshalb scheint man einen zutreffenden Lösungsansatz eher zu finden, wenn man weiterhin davon ausgeht, dass als erste Voraussetzung für den Abbruch oder das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen ein ausdrückliches und ernstliches Verlangen des Patienten vorliegen muss. Neben der Zentrierung auf die Sicht des Patienten muss als zweite Voraussetzung die medizinische Indikation für die Schmerzbekämpfung auch mit ihren Folgen vorliegen. Drittens muss die Maßnahme *lege artis* durchgeführt werden.

Alle drei genannten Punkte werden gegenwärtig debattiert. Das ausdrückliche und ernstliche Verlangen spricht die Frage der Patientenverfügung an. Hier scheint es wenig angeraten und wenig zweckvoll zu sein, Wege zu gehen, wie sie teilweise von der Enquete-Kommission[44] vorgeschlagen worden sind. Der Patient muss auch im Sterben die Möglichkeit haben, ohne paternalistische Bevormundungen selbstständig zu entscheiden, was er selbst für wichtig hält. Deshalb scheint es auch nicht ratsam, dass die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen davon abhängig gemacht wird, ob der Patient zuvor aufgeklärt worden ist.

Eine solche Einschränkung ist unserem Rechtssystem fremd. Auch beim Testament verlangt niemand als Wirksamkeitsvoraussetzung eine juristische Beratung, auch wenn es junge Anwältinnen und Anwälte sehr gerne sehen würden. Das Kriterium der medizinischen Indikation für die Schmerzbekämpfung beugt allen möglichen Fällen von Missbrauch vor und eröffnet dem Arzt die Möglichkeit, seine Maßnahme im Einzelfall der konkreten Situation des Patienten anzupassen. Medizinische Indikation

44 Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ – Patientenverfügungen, BTDrucks 15/3700.

heißt aber auch, dass Aspekte wie etwa sozialer Druck, Kosten und Ähnliches nicht berücksichtigt werden dürfen. Soweit als dritte Voraussetzung die Beachtung der *lex artis* benötigt wird, geht es um das gesamte Umfeld der Behandlung bis hin zur erforderlichen Dokumentation des gesamten Vorgangs.[45] Ein solches Vorgehen, das bereits auf der Tatbestandsebene das Tötungsdelikt ausschließt, erinnert an die von Welzel entwickelten Prinzipien des sozialadäquaten Verhaltens, das bestimmte Handlungsformen, die sich im Rahmen der geschichtlich gewordenen sozialen Ordnung des Lebens abspielen, keine tatbestandsmäßigen Verletzungshandlungen sind, wenn diese auch infolge der Maßnahme eine Rechtsgutverletzung zur Konsequenz haben.[46] Zutreffend hat Neumann darauf hingewiesen, dass sich Autonomie bewähren müsse und im Recht auf einem Akt der Selbstbestimmung basiere, der eben nicht den Filter heteronomer Vernunftstandards passieren muss.

In der Lebenswirklichkeit des deutschen Strafrechts sollte es in Bezug auf die Sterbehilfe nicht primär um den Ausschluss des Missbrauchs gehen. Es geht in der Praxis, die oft schwer genug ist, um die Fälle, in denen das Optimum palliativmedizinischer Versorgung nicht mehr hinreicht. Die Ärzte müssen durch ein kontinuierliches Herantasten, durch ein mögliches, aber noch nicht gefundenes individuelles Behandlungsschema den Patienten zwischen optimaler und maximaler beziehungsweise letaler Dosis führen.[47] Für die Gesamtbetrachtung muss einfach gesehen werden, dass der gesuchte Erfolg der Aktivitäten nicht der Todeseintritt, sondern die Leidensverminderung bleibt. Zwierlein hat das im „Handbuch für integrierte Sterbebegleitung" so formuliert: „Denn am Ende spitzt sich alles auf die entscheidende Frage zu, ob ein Mensch bis zuletzt die Erfahrung machen kann, dass es gut ist, dass er da ist, und dass es gut ist, dieses Sein zur Kenntnis zu nehmen, dass er gewollt ist, dass er bis zum letzten Atemzug nicht verlassen wird und dass alles, was getan wird, sich hieran ausrichtet."[48]

Kennzeichnend für die Sterbehilfedebatte, ganz gleichgültig ob in der Bundesrepublik Deutschland oder in anderen Ländern, ist die Tatsache, dass rechtliche Regelungen eindeutige Unterscheidungen von Lebenssachverhalten voraussetzen. Die konkrete Situation von Patienten in schwierigen Leidensphasen, die nach medizinischem Standard behandelt werden, lässt sich aber nicht zwanglos in ein solches rigides System einpassen. Für die nachträgliche juristische Bewertung versuchen Richter einen Sachverhalt zu rekonstruieren, ohne dessen gesamte Dimension erfassen zu können. Ärztliches Verhalten ist an medizinischen Standards ausgerichtet, die oft mit juristisch vorgezeichneten Entscheidungshilfen weder überzeugend noch zuverlässig messbar und zu beurteilen sind.[49]

45 Dazu demnächst ausführlich H. Schöch/T. Verrel und die Mitglieder des Arbeitskreises „Menschenwürdige Sterbebegleitung – Regelungsbedarf für den Gesetzgeber" in GA 2005; siehe auch H. Schöch, Fn. 24, S. 412; T. Verrel, Fn. 24, S. 249.
46 H. Welzel 1969, Das Deutsche Strafrecht: eine systematische Darstellung, 11. Auflage, Berlin, S. 56.
47 E. Zwierlein 2004, Suizid und Hospiz, in: U. Lilie/E. Zwierlein, Handbuch Integrierte Sterbebegleitung, Gütersloh, S. 232 ff., hier S. 235.
48 E. Zwierlein, ebenda.

49 M. Lindemann 2005, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid in den Niederlanden, in: ZStW 117, S. 208–235, hier S. 210.

ULF BÖRNER
Professor für Intensiv- und Notfallmedizin – Universität zu Köln

Praxis der Patientenverfügung – eine Perspektive aus der Intensivmedizin

Als ich noch als studentischer „Sitzwächter“ auf einer „Wachstation“ Dienst tat – das war Anfang der siebziger Jahre –, war die Standard-Stationsbesetzung zur Nacht bei einer Belegung mit maximal 17 Patienten eine examinierte Krankenschwester und zwei studentische Hilfskräfte. Einen festen Arzt gab es tags kaum, nachts nie, und wenn es einem Patienten nicht gut ging oder er gar reanimiert werden musste, wurden vom Pförtner alle diensthabenden Ärzte *in cumulo* alarmiert. Solche Alarmierungen kamen recht oft vor, weil es den Patienten oft – scheinbar aus heiterem Himmel – schlecht ging.

Fragen nach dem Sinn und Unsinn einer Therapie wurden selten diskutiert, es wurde alles aufgeboten, was zur Verfügung stand, bis der Patient entweder verlegungsfähig oder tot war. Aufmunterung für Patienten und Mitarbeitende lieferte ein in der Diaspora arbeitender Jesuitenpater, der in kritischen Situationen aber auch schon mal Infusionsflaschen anreichte.

Auf dieser Station, auf der dann später ein regulärer ärztlicher Schichtdienst eingerichtet wurde, habe ich als junger Assistent meine klinische Ausbildung begonnen, wobei ich sozusagen das Lager wechselte und eine neue Rolle übernahm; Jahre später bin ich dort mehrere Jahre verantwortlicher Oberarzt gewesen, bevor ich diese Universitätsstadt verlassen habe.

Die Intensivmedizin von damals gibt es längst nicht mehr. Medikamentöse Therapien und maschinelle Verfahren sind ganz erheblich weiterentwickelt worden, auch die kommunikative Kompetenz des pflegenden und ärztlichen Personals hat bedeutend zugenommen, wenngleich hier immer noch Verbesserungsbedarf bestehen dürfte.

Ganz entscheidend aber verändert hat sich dies: Während in meiner studentischen und ärztlichen Jugend das Ableben eines Patienten immer noch eine meist schicksalhafte Begebenheit war, so sterben Menschen auf Intensivstationen heute ganz

überwiegend dann, wenn vorher festgestellt wurde, dass ein Überleben unmöglich erscheint und die Therapie entsprechend modifiziert wurde.

Wenn es aber heute primär darum geht, darüber Klarheit zu gewinnen, ob eine maximale Therapie noch sinnvoll ist oder aber der Sterbeprozess schon begonnen hat, bei dem ärztliche Zurückhaltung angebracht ist, und nicht mehr etwa darum, immer alles zu tun, was machbar ist, dann rückt die Frage in den Vordergrund, was der Patient selbst möglicherweise in dieser Situation für sich wollen würde und wie wir als therapeutisches Team dieses Wollen erfahren und umsetzen können.

Die Abkehr von der paternalistischen Medizin – so die heute allgemein verbreitete Auffassung – stärkt die Position des Patienten, macht ihn zum mündigen Nachfrager medizinischer Maßnahmen, die er reflektiert und nach entsprechender Aufklärung für sich fordert oder ablehnt. Ein solches System birgt für die ärztlich Behandelnden durchaus entlastende Elemente, wenngleich man einschränkend wird anmerken müssen, dass die Einsichtsfähigkeit der Patienten unterschiedlich ausgeprägt ist und die ärztliche Aufklärung immer auch irgendwie manipulativ gerät, so dass der ärztlichen Seite oft neben der Verantwortung für die Qualität der zu erbringenden Leistung letztlich auch wieder eine Verantwortung für die Herbeiführung der Entscheidung des Patienten zufällt.

Im intensivmedizinischen Alltag nun ist der Patient oft ohne Bewusstsein; eine differenzierte Aufklärung ist hier nicht möglich. Wenn keine Betreuungsverfügung vorliegt und so kein ärztliches Aufklärungsgespräch mit einem legal eingesetzten persönlichen Interessenvertreter geführt werden kann, ist eine zeitnah gelebte Autonomie des Patienten in keiner Weise möglich. Differenzierte, auf die konkrete Behandlungssituation bezogene Verfügungen aus der Hand eines Patienten sind äußerst rar und meiner Meinung nach bei den denkbaren medizinischen Problemen, die jedem Menschen widerfahren können – von wenigen chronischen Krankheitssituationen einmal abgesehen – auch in Zukunft kaum als ernst zu nehmende Entscheidungsinstrumente zu erwarten.

Intensivpatienten, die sich nicht im Koma befinden, können gleichwohl in unvorhersehbarer Weise in ihrer Wahrnehmung und ihrer Ausdrucksmöglichkeit eingeschränkt sein. Aus der Tatsache heraus, dass ein Patient sich formal verbal äußern kann, erwächst in vielen Fällen keine Gewissheit, dass das, was man mit Worten an den Patienten heranträgt, von diesem auch sinnvoll erfasst und beantwortet werden kann. So können zum Beispiel eine Aphasie oder kognitive Defizite eine echte Kommunikation unmöglich machen.

Aber selbst wenn kognitive und kommunikative Fähigkeiten scheinbar ausreichend vorhanden sind, kann eine emotionale Instabilität im Sinne von Regression, Depression oder Agitiertheit eine reife Willensfindung und -äußerung erschweren oder unmöglich machen. Sosehr das Wissen darum, dass ein depressiver oder agitierter Patient seine Umgebung und sich selbst möglicherweise nicht richtig einzuschätzen weiß, allgemein Verbreitung erfährt – der Begriff der Regression, der aus der Psychoanalyse kommt, ist nicht so sehr bekannt, wenn auch jeder Mensch in seinem Leben da seine persönlichen Erfahrungen gemacht hat.

Ich habe während einer nun über 25-jährigen intensivmedizinischen Tätigkeit erfahren, dass neun von zehn Patienten in kritischen und bedrohlichen Situationen, erst recht, wenn sie körperlich geschwächt und verängstigt sind, zeitweise die Haltung eines unmündigen und Schutz suchenden Kindes annehmen. Und hier gibt es scheinbar keine Alters- oder Klassenunterschiede.

Der sogenannte einfache Mensch vom Lande unterscheidet sich in der Phase der Regression wenig von einem Landgerichtspräsidenten oder einem weltgewandten Politiker. Auch scheint es hier kulturelle Unterschiede zu geben: Als mir vor wenigen Jahren die perioperative und intensivmedizinische Behandlung eines sehr bedeutenden osteuropäischen Politikers oblag, stellte ich bei einem detailliert, aber liebevoll geführten Aufklärungsgespräch fest, dass sich die Miene des Patienten, der bisher sehr freundlich und zugewandt gewesen war, erheblich verfinsterte. Ein Begleiter machte mich dann darauf aufmerksam, dass in der Heimat des Patienten eine in die Tiefe gehende ärztliche Aufklärung unbekannt sei und nur dazu führe, den Patienten extrem zu verunsichern und zu ängstigen.

Merke: Auch eine vermeintlich differenzierte und fundierte Aufklärung des Patienten mit dem Ziel, diesem eine reife Entscheidung zu ermöglichen, kann zu erheblichen psychischen Problemen bei ebendiesem Patienten führen mit konsekutivem seelischem und körperlichem Stress. Ich behalte mir als Arzt vor, in klar ersichtlichen Situationen seelischer Bedrängtheit auf tiefergehende Erklärungen zu verzichten und den Patienten mit wohlgesetzten Worten zu beruhigen und eine entspannte Vertrautheit herzustellen; denn manchmal braucht ein Patient genau dies und sollte es auch bekommen.

Aus dem Vorangesagten wird deutlich, dass die Ermittlung des mutmaßlichen Willens eines Intensivpatienten, sei er nun bewusstlos oder wach und ansprechbar, eine schwierige, aber dennoch bedeutende Aufgabe des Behandlungsteams ist. Zur

Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens sollte ein fester Ablauf verabredet und eingeübt sein: Ärztliche und pflegerische Mitglieder eines Behandlungsteams sollten in der Lage sein, sich in ethische Fallbesprechungen einzubringen.

Im Vorfeld ist es notwendig, Informationen von dem Patienten nahe stehenden Menschen und gegebenenfalls vom Hausarzt zu erfragen, vor allem dann, wenn keinerlei schriftliche Verfügungen getroffen wurden und keine Betreuungsverfügung vorliegt. Hier geht es vor allem darum, die Einstellung des Patienten zu Art und Umfang lebensverlängernder Maßnahmen in Extremsituationen zu erhalten, seinen weltanschaulichen Hintergrund zu verstehen und zu erfahren.

Zum eigentlichen Beratungstermin sollte ein Gesprächsleiter – eventuell von außerhalb der Gruppe – anwesend sein; außerdem können hier ein Mitglied des Seelsorgeteams und/oder ein Mitglied des psychologischen Dienstes (sofern vorhanden) teilnehmen.

Das Gespräch sollte strukturiert ablaufen, wie es zum Beispiel die Nijmegener Methode von Gordijn vorsieht. Ein entscheidender Kunstgriff dieser Methode ist in meinen Augen, dass am Anfang der Erörterung das zum Gespräch führende Problem ausformuliert werden muss. Am Ende der Sitzung wird die Frage nach dem Problem erneut gestellt. Recht oft zeigt sich, dass erst eine etwa einstündige Erörterung das eigentliche Problem offenbart. Es kommt zum Beispiel mitunter vor, dass als Eingangsproblem die vermeintliche Qual des Patienten benannt wird, die es in den Augen einiger Teammitglieder zu beenden gilt, während am Ende der Erörterung klar geworden ist, dass der Patient eigentlich zufriedenstellend abgeschirmt ist und das wesentliche Problem eher in den Köpfen der Umstehenden anzusiedeln ist im Sinne eines „Die-Situation-nicht-mehr-ertragen-Wollens“. Hier hat das Gespräch dann nicht nur zur Erhellung eines Sachverhaltes beigetragen, sondern geholfen, das wesentliche zu besprechende Problem überhaupt erst zu erkennen und die Mitarbeitenden in ihren Sorgen und Ängsten anzunehmen.

Solche konkreten fallbezogenen Gespräche sollten möglichst auf der den Patienten behandelnden Intensivstation stattfinden. Von der Sitzung ist ein Sinnprotokoll zu erstellen, das in die Patientenakte eingefügt werden muss. Ein solches Protokoll muss nicht lang sein: Es genügt aufzuzeichnen, wer an der Besprechung teilgenommen hat und aufgrund welcher Erkenntnisse man die Therapie in dieser oder jener Richtung weiterführen möchte.

Ein Ethikkomitee einer Klinik hat nach meiner Auffassung unter anderem die Aufgabe, solche Fallbesprechungen bei Bedarf zu supervidieren und die Ergebnisse zu sammeln und aufzuarbeiten. Auch können konkrete Fälle, soweit sie grundsätzlich zu diskutierende Positionen berühren, hier besprochen werden.

Wie dem nun auch sei: Ob eine ethische Beratung vor Ort stattgefunden hat oder eventuell sogar eine zeitnahe und offensichtlich zur Erkrankungssituation passende und somit valide Verfügung vorliegt: Letztlich sind es die Ärztinnen und Ärzte vor Ort, die Entscheidungen selbstständig und verantwortlich zu treffen haben.

Denn ein Passus in einer Verfügung mit etwa folgendem Wortlaut „*…wenn untrügliche Anzeichen dafür bestehen, dass ein Wiedererwachen und/oder eine Rückkehr zu einem selbstbestimmten Leben nicht mehr zu erwarten ist…*“ fordert ein ausschließlich ärztliches Handeln ein, da die Feststellung, dass eine Erkrankungssituation eindeutig und unumkehrbar ist, eine ureigene ärztliche Aufgabe darstellt, die mit letzter Sicherheit übrigens nie zu lösen ist – es sei denn, es handelt sich um ein Hirntodsyndrom.

Aber selbst dann, wenn eine eindeutige erwachsen ausgesprochene Willenserklärung vorliegt, kann man sich nie sicher sein, ob eine solche Erklärung zum Zeitpunkt der lebensbedrohlichen Situation auch noch vom Patienten in gleicher Weise gewünscht wird. Ja, es kann sich sogar herausstellen, dass der Patient – versehentlich aus einer Sterbesituation gerettet – hinterher sagt, dass es gut so sei, dass er noch lebe.

Hierzu kann ich Ihnen folgende Kasuistik mitteilen: Ein Patient mit einer amyotrophen Lateralsklerose im Endstadium – das ist die Krankheit, an der zum Beispiel Stephen Hawking leidet – wird nachts in die Klinik eingeliefert mit schwerer Atemnot. Der Patient gibt mit letzter Kraft an, dass er wisse, dass dies zum Endstadium der Erkrankung dazugehöre und er nicht mehr beatmet werden wolle. Der Assistenzarzt einer Intensivstation überlegt sich, dass der Patient dann ja gar nicht hätte in die Klinik gebracht werden müssen, und fragt sich, weshalb er dies wohl habe geschehen lassen. Er vermutet in der Äußerung und dem Tun des Patienten eine gewisse Ambivalenz, und da er nicht gleich den Oberarzt erreichen kann, intubiert und beatmet er den Patienten. Dieser, nun wieder mit normalen Sauerstoffwerten im Blut sichtlich entspannt, ist am nächsten Morgen wie ausgewechselt. Er stimmt in den nächsten Tagen einem Luftröhrenschnitt zu und wird wenig später mit einem Heimbeatmungsgerät nach Hause entlassen, nicht ohne vorher dem Behandlungsteam

mitgeteilt zu haben, dass er sich wohl fühle, nicht gedacht hätte, dass das Leben unter Beatmung so angenehm sein könne und dass er sich auf die Jahre freue, die ihm jetzt möglicherweise noch geschenkt würden.

Mir sagt dieses Beispiel, dass in Fällen eindeutig geäußerter Wünsche von Patienten immer noch viele Unsicherheiten bestehen können. Und dies nicht nur deshalb, weil Patienten aufgrund irrationaler Ängste möglicherweise regredieren, sondern – wie in diesem Fall – auch deshalb, weil eine ärztliche Beratung vor der Abfassung einer Verfügung unterblieben ist oder aber dem Patienten nicht ausreichend vermittelt wurde, dass durch eine gute Betreuung Erstickungsanfälle – wie in diesem Fall befürchtet – oder schwere Schmerzen – wie in vielen anderen Fällen erwartet – effektiv vermieden werden können.

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch einmal ganz bewusst wiederholen: Wie auch immer das behandelnde Team mit oder ohne direkte Mitwirkung des Patienten, eines Betreuungsbevollmächtigten oder einer schriftlichen Patientenverfügung in einer ethischen Beratung entscheidet, es muss eine ordentliche Dokumentation stattfinden, die in den Unterlagen abgelegt wird. Meine Erfahrung als langjährig tätiger Gutachter beziehungsweise Sachverständiger bei Gericht ist folgende: Es ist immer noch die Regel, dass Entscheidungen für oder gegen das Fortführen von Therapien oder für die „Neudefinition von Therapiezielen", wie man heute mit Borasio besser sagen sollte, nicht klar in der Krankenakte dargelegt werden. Für den späteren Betrachter der Unterlagen ergibt sich nur zu oft die schwierige Notwendigkeit, anhand der festzustellenden Modifikation der medikamentösen und/oder apparativen Therapie zu interpretieren, was dem behandelnden Team zu diesem oder jenem Zeitpunkt wohl durch den Kopf gegangen sein mag.

Noch etwas muss erwähnt werden: Viel hat sich erfreulicherweise in den letzten Jahren getan im Hinblick auf Patientenzentriertheit und Patientenzugewandtheit im Behandlungsprozess. Weitgehend außerhalb der Betrachtung geblieben aber sind die Behandelnden. Es gibt nur wenige seriöse Untersuchungen, die sich mit den Sorgen und Nöten und Belastungen dieser Personengruppe beschäftigen. Wo solche Publikationen vorliegen, beziehen sie sich meist auf den onkologischen Bereich; im Feld der Intensivmedizin haben wenige Untersuchungen stattgefunden.

An dieser Stelle ist mir vor allen Dingen eines wichtig: Als erfahrenem Gesprächsleiter in ethischen Fallbesprechungen fällt mir immer wieder auf, dass sehr oft den Mitgliedern im Behandlungsteam die Distanz beziehungsweise die Einsicht in die eigene Betroffenheit fehlt, die manche Patientenschicksale auslösen können. Dann kann es – wie oben schon beschrieben – passieren, dass der Wunsch nach Beendigung einer Therapie unbewusst ganz wesentlich motiviert ist von der eigenen Berührtheit und dem Wunsch, dass „nun endlich Schluss sein möge".

Mitglieder eines therapeutischen (Intensiv-) Teams müssen lernen, eigene Gefühle bei der Betrachtung von Patientenschicksalen von der möglicherweise unbekannten Binnensicht der Patienten zu trennen; hierzu ist Supervision und Fortbildung notwendig. Ziel sollte es sein, uneingeschränkt über eigene Betroffenheiten zu sprechen und diese von den Fakten, die sich auf den Patienten beziehen, zu trennen. In manchen Fällen kann dann eine ethische Fallbesprechung die Züge einer Balint-Gruppe annehmen, aber das ist auch gut so.

Zum Schluss und weil es im Moment Gegenstand zum Teil heftiger Diskussionen ist, möchte ich noch kurz ausführen, welche gesetzliche Regelung ich persönlich für bedeutend hielte – zumindest, soweit die Handhabung der Patienteninteressen in der Intensivmedizin berührt wird.

Es scheint mir nicht so wichtig zu sein, viel gesetzgeberische Spitzfindigkeit an die Frage zu verschwenden, inwieweit eine „warm in der Etappe" formulierte Verfügung für den Ernstfall verbindlich sein kann. Wichtiger wäre es, Ärztinnen und Ärzte, die in der Intensivmedizin Verantwortung tragen, zu verpflichten, ihre Urteilsfindung – im Sinne des Patienten wohlgemerkt – nach formalisiertem Beratungsvorgang durchzuführen und das Beratungsergebnis auch schriftlich niederzulegen. Hierzu wäre es notwendig, Ethikkomitees verbindlich vorzuschreiben, die dann ihrerseits für die Durchführung entsprechender Erörterungen in der Nähe des Patientenbettes Sorge tragen müssten und im Sinne der Qualitätssicherung diese zentral zu dokumentieren und auszuwerten hätten.

Es wäre ebenfalls wünschenswert, formalisierte Nekrologe vorzuschreiben und dies ebenfalls als qualitätssichernde Maßnahme zu begreifen.[1]

1 Der Leser möge diese Ausführungen verstehen als eine Art kritischen Werkstattbericht aus der täglichen Praxis. Mein Credo ist: Meine Verantwortung als Intensivmediziner kann mir niemand nehmen, so gerne ich sie manchmal abgeben würde. Der Intensivmedizin wird immer eine Spur von Paternalismus anhaften; dies liegt in ihrem Wesen begründet. Damit dem Patienten daraus keine Nachteile erwachsen, sind jedoch bestimmte Werkzeuge nötig, bezüglich deren mir eine formalisierte und dokumentierte Beratung besonders wichtig erscheinen.

CLAUS FUSSEK
Leiter der Vereinigung Integrationsförderung e. V. – München

Praxis der Patientenverfügung – eine Perspektive aus der Pflege

„Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben!“

Ich danke dem Nationalen Ethikrat, dass er ein Thema aufgegriffen hat, das eigentlich jeden von uns früher oder später betreffen wird. In den Medien wird seit vielen Jahren ständig und regelmäßig darüber berichtet. Die Probleme sollten eigentlich hinreichend bekannt sein, werden aber offensichtlich von den meisten Menschen massiv verdrängt. Leider ist die öffentliche Resonanz auf Berichte über nicht zu verantwortende Zustände in der Pflege bislang minimal. Das Schicksal, ja das Vegetieren alter, pflegebedürftiger, wehrloser Menschen beunruhigt wenige – denn man braucht sie nicht mehr. Viele Menschen reagieren erst, wenn jemand in ihrer Familie betroffen ist.

Ich bitte Sie nun, sich bei meinem Beitrag einfach einmal vorzustellen, dass Sie selbst früher oder später von Pflegebedürftigkeit betroffen sein können beziehungsweise dass es sich bei meinen Schilderungen um Ihre Eltern beziehungsweise Ihre Angehörigen handelt. Überlegen Sie auch, wie Sie später im Alter wohnen und leben, wie Sie gepflegt werden wollen.

„Wenn man einem Menschen seine Würde nimmt, dann hört er auf zu leben“ lautet der Untertitel meines Beitrages. Zur Vorabinformation: Mein Beitrag ist einseitig, parteiisch und emotional und versucht, die Perspektive alter, pflegebedürftiger Menschen, denen die Würde genommen wird, in die Diskussion einzubringen. Es ist mir inzwischen auch gar nicht mehr möglich, dieses Thema „sachlich nüchtern“ zu referieren. Hintergründe und Grundlage meines Beitrages sind die inzwischen über 35.000 Briefe, Anrufe, Faxe und E-Mails, überwiegend von verzweifelten und engagierten Pflegekräften, die sich allein in den vergangenen sieben bis acht Jahren an unsere Vereinigung Integrationsförderung e. V. gewandt haben – sogenannte Einzelschicksale, die wir in über 150 Aktenordnern abgeheftet haben. Das Ziel unseres Vereins ist es,

anonymen, neutralen Statistiken, „Einzel-“ und „Pflegefällen“ wieder ein Gesicht, einen Namen und den Betroffenen damit wieder ihre Würde zu geben.

Anmerken möchte ich noch, dass alle „meine“ Forderungen eigentlich selbstverständliche Menschenrechte sind, die aus dem Grundgesetz und der Genfer Konvention herleitbar sind. Und so werden Sie sich vielleicht wundern, dass ich hier ständig über Selbstverständlichkeiten reden werde.

Seit 30 Jahren an der Basis als Sozialarbeiter in einem ambulanten Dienst tätig, erlebe ich täglich vollkommen verzweifelte, erschöpfte, resignierte und oft schon traumatisierte Pflegekräfte. Jeden Tag höre ich von Pflegekräften und Angehörigen Sätze wie: „Was wir hier erleben, ist würdelos, erniedrigend, demütigend, beschämend! Ich kann den alten Menschen nicht mehr in die Augen schauen!“

Ich höre jeden Tag in Gesprächen mit älteren Menschen, dass sie im Alter zu Hause wohnen, dass sie in ihrer gewohnten Umgebung bleiben möchten und dass sie auf keinen Fall in einem Pflegeheim enden wollen – aufgrund ihrer Kenntnis von den Zuständen in Pflegeheimen. Natürlich kenne ich auch Ausnahmen: Ich habe Pflegeheime kennen gelernt, denen ich meine Eltern anvertrauen würde. Dies ist mein Maßstab für ein gutes Pflegeheim. Ich habe Pflegekräfte erlebt, die mir mit leuchtenden Augen erzählt haben, dass sie es geschafft haben, jemanden von der Magensonde wieder „wegzubekommen“. Sie haben am Abend eine Flasche Champagner aufgemacht, weil sie stolz auf das Erreichte waren.

Entsprechend entmutigend ist es für Pflegekräfte, wenn sie durch Zeitdruck gezwungen werden, menschenunwürdig zu pflegen. Durchschnittlich werden jährlich 120.000 Magensonden „gelegt“. Diese Praxis ist inzwischen zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor avanciert, sie ist ein Milliardengeschäft geworden. Dies wird ganz besonders deutlich bei Besuchen von Altenpflegemessen.

Eine meiner Mindestanforderungen an die Gesellschaft und an die Politik ist folgende: Pflegebedürftige Menschen sollen jeden Tag zu essen und zu trinken in genau dem Tempo bekommen, in dem sie kauen und schlucken können. In zahlreichen Pflegeheimen ist dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich – weshalb pflegebedürftige Menschen mit „pflegeerleichternden und pflegevermeidenden“ Magensonden versorgt werden. Ich spreche nicht von Magensonden, die medizinisch notwendig sind,

sondern von den circa 50 bis 60 Prozent der Sonden, die inzwischen in den Krankenhäusern „auf Druck vieler Pflegeheime“ eingesetzt werden. Mir wird immer wieder bestätigt, dass viele Pflegeheime signalisieren, dass sie aus Zeitmangel auf eine Magensonde „bestehen“, wenn bekannt ist, dass es „Probleme beim Essen gibt“. Ich bitte Sie, sich einfach einmal vorzustellen, der Veranstalter der Tagung hätte beschlossen: Da wir etwas knapp mit der Zeit sind, lassen wir die Mittagspause ausfallen, und jeder bekommt sein Essen über eine Magensonde.

In Altenpflegeheimen fehlt sehr häufig die Zeit, den Menschen geduldig und in Würde zu essen zu geben. Statt kleiner Löffel werden große verwendet, damit es schneller geht. Dies hat absolut nichts mehr mit menschenwürdiger Pflege zu tun, und jeder von uns wird einräumen, dass er so nicht „abgespeist“ werden möchte. Oftmals passt den Pflegebedürftigen das Gebiss gar nicht mehr, da es länger nicht mehr benutzt wurde – denn für Zahn- und Gebisspflege hat das Personal oft keine Zeit. So erklärte ein Zahnarzt vor kurzem bei einer Veranstaltung, dass circa 81 Prozent der Bewohner in Münchner Pflegeheimen seit vielen Jahren keinen Zahnarzt mehr gesehen hätten. Und so werden Zahnschmerzen und ein nicht passendes Gebiss zum Grund für die Indikation einer Magensonde. Wenn jemand nichts mehr essen will, wird schnell gefolgert: „Der will nichts mehr essen. Der hat keinen Appetit.“ Das Essen wird hingestellt und nach einer kurzen Zeit wieder abgeräumt, da das Personal oft keine Zeit hat, beim Essen zu helfen.

Wir organisieren ganz selbstverständlich begrüßenswerte Aktionen wie „Brot für die Welt“. Aber müssen wir denn nicht ebenso das Thema „Ernährung und Flüssigkeit“ in unseren bundesdeutschen Pflegeheimen in Angriff nehmen? Es kann und darf meiner Meinung nach nicht sein, dass in Heimen mit Pflegesätzen von monatlich circa 3.000 bis 3.500 Euro alte Menschen zu verhungern und zu verdursten drohen. Aus oben genannten Gründen erfolgt dann die „medizinische Indikation“ Magensonde. Das bedeutet für die Menschen: nichts mehr essen, nichts mehr kauen, nichts mehr schlucken, nichts mehr schmecken! Für die meisten Menschen ist dies ein Albtraum und ein Grund, warum sie dann erklären, so nicht mehr leben zu wollen. Denn gerade das Essen, Lieblingsspeisen und Getränke sind oft das Einzige, was alte Menschen noch vom Leben genießen.

Inzwischen hat auch der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen festgestellt, „dass in einer Vielzahl von Pflegeheimen die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

nicht mehr sichergestellt werden kann“. Dies bedeutet im Klartext: Pflegebedürftige Menschen hungern und verhungern beziehungsweise trocknen in Pflegeheimen aus. Ich spreche hier nicht etwa von Zuständen in Entwicklungsländern, sondern von Pflegeheimen in Deutschland. Man spricht hier inzwischen nicht nur von „pflegeerleichternden“, sondern sogar von „pflegevermeidenden“ Maßnahmen. Juristisch gesehen stellt dies eine Körperverletzung dar, wenn dies nicht aus rein medizinischen Gründen veranlasst worden ist.

Ich möchte Ihnen den Fall einer 87-jährigen Frau schildern, „untergebracht“ in einem Doppelzimmer. Die alte Dame hat um halb vier nachmittags schon oder immer noch ihr Nachthemd an. Sie sitzt auf der Toilette und bekommt gleichzeitig ihr Abendessen. Stellen Sie sich vor, dass es sich hierbei nicht um irgendeinen anonymen „Pflegefall“ handelt, sondern um Ihre Mutter. Ich zeige dieses Bild oft auf Vorträgen in Deutschland. Und ich erschrecke jedes Mal, wie viele Pflegekräfte diese beschämende und entwürdigende Szene aus ihrem Alltag kennen. Diese Bilder machen sprachlos und empört – und doch gehen dann alle wieder zur Tagesordnung über. Können Sie sich vorstellen, Ihr Essen auf einer Toilette einzunehmen? Erlauben Sie mir den Vergleich: In einem Gefängnis wäre so eine Szene undenkbar und würde sicherlich Menschenrechtsgruppen – zu Recht – auf den Plan rufen. In Pflegeheimen wird dies einfach als „Pflegenotstand“ bezeichnet.

Von Schülerinnen und Schülern einer Altenpflegeschule habe ich die Schilderung einiger Pflegesituationen erhalten, die für viele Außenstehende schwer vorstellbar sind. Sie beschreiben, „dass zwei Bewohnern gleichzeitig das Essen angereicht werden muss. Während des Toilettenganges wird geduscht. Pro Bewohner stehen höchstens zehn Minuten Zeit zur Verfügung, auf die Bewohner wird Druck ausgeübt, einfach in die Hose zu machen, Bewohner werden in der Nacht bereits gewaschen, bereits vor dem Essen ins Bett gebracht, Verbände werden mehrfach genutzt“ etc. Wer solche Szenen erlebt oder gesehen hat, der wird sicher in seiner Patientenverfügung formulieren: „So etwas möchte ich keinesfalls im Alter erleben.“

Das Problem, dass pflegebedürftige Menschen auf die Toilette müssen, aber das Pflegepersonal keine Zeit hat, sich darum zu kümmern, weil es andere Verpflichtungen hat, ist permanent gegeben. Hierdurch wird die Würde der Menschen am meisten verletzt. Eine Tochter hat mir Folgendes geschrieben: „Meine Mutter hat mir schließlich flüsternd anvertraut (sie wagt es nicht laut auszusprechen, weil sie das als Schande

empfindet): ‚Sie sagen dann immer: Es geht jetzt nicht. Machen Sie in die Windel, ich mache Sie später sauber!‘ Natürlich will sie nicht in die Windel machen: Es ist würdelos und auch unangenehm. Lieber trinkt sie dann weniger. Dann entschuldigt sie sich noch unterwürfig: ‚Ich habe es nicht mehr halten können!‘“

Inzwischen gibt es Windeln auf dem Markt, die ein Fassungsvermögen von vier Litern haben. Ich frage mich, weshalb sie produziert werden und wie lange Menschen in solchen Windeln liegen müssen, damit sich solche Produkte „rechnen“.

Das Thema „Versorgung“ – oder sollte man ehrlicherweise von „Entsorgung“ alter Menschen mit Windeln sprechen – habe ich deshalb besonders deutlich angesprochen, weil dies ein für uns alle nachvollziehbares Beispiel für tiefste Erniedrigung und Entwürdigung darstellt. Neben diesen „Turbowindeln“ existieren aber noch andere menschenverachtende Systeme auf dem Pflegemarkt: Man hat ganz neue Ideen, zum Beispiel ein computergestütztes Windelsystem, entwickelt. Ich zitiere aus einem Prospekt: „Über 48 Stunden werden alle bei den inkontinenten Patienten aktuell eingesetzten Produkte gesammelt und gewogen. Das Gewicht der beladenen Inkontinenzprodukte wird in das Computersystem eingegeben.“ Auf diese Idee sei man gekommen, „weil man bei 5.000 benutzten Produkten festgestellt hat, dass 55,3 Prozent der Menschen zu teuer versorgt werden, weil sie zu wenig beladen waren“. Es handelt sich hierbei leider nicht um Satire, sondern um Realität – diese Produkte werden in bundesdeutschen Pflegeheimen längst verwendet. An dieser Stelle erscheint es mir angemessen anzumerken, dass auch Dauerkatheter, die aus nichtmedizinischen Gründen „gelegt“ werden, den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen.

Ich bin fassungslos angesichts der Tatsache, dass alte Menschen tage- und wochenlang nicht aus dem Bett kommen – und dass wir dies hinnehmen. Ein weiteres Problem ist die mangelnde soziale Betreuung: Viele Menschen haben keinen Ansprechpartner und sind somit lebendig begraben, isoliert, „endgelagert“. Dies ist unmenschlich und grausam. Eine weitere Bedingung meiner Mindestanforderungen an eine menschenwürdige Pflege ist deshalb, dass alte Menschen wenigstens einmal in der Woche an die frische Luft, an die Sonne kommen. Tierschützer werden jetzt fragen: „Wieso nur einmal wöchentlich? Ein Hund muss dreimal täglich an die frische Luft!“ Sie haben Recht. Selbst im Gefängnis wird Strafgefangenen eine Stunde Hofgang pro Tag garantiert. In Pflegeheimen ist dies aus zeitlichen Gründen häufig nicht möglich. Ich zitiere in diesem Zusammenhang aus einem Brief einer Pflegekraft. Sie hatte einer

Frau versprochen: „‚Wenn wir zu dritt in der Schicht sind, dann hole ich Sie heraus. Das verspreche ich Ihnen.' Zweimal konnte ich sie aus dem Bett in den Rollstuhl holen. Ich fuhr sie in die Küche. Sie strahlte. Die anderen Bewohnerinnen waren glücklich, sie zu sehen. Jetzt habe ich keine Zeit mehr. Somit wird sie wohl den Rest ihres Lebens im Zimmer verbringen und darf alle drei Stunden eine andere weiße Wand im Zimmer anstarren. Jedes Mal, wenn ich der Frau in die Augen schaue, habe ich ein schlechtes Gewissen, weil ich nicht in der Lage bin, mein Versprechen zu halten. Sie ist tagsüber allein im Zimmer. Die einzige Abwechslung, die sie hat: wenn eine Schwester eine pflegerische Tätigkeit bei ihr ausführt. Ein Radio, das ich im Zimmer aufgestellt habe, wurde ihr genommen."

Ein anderer Missstand der Pflegerealität ist die Ruhigstellung „unruhiger Menschen" durch Fixierung oder durch Psychopharmaka, ein weiterer die Betreuung der Pflegebedürftigen nachts: Ich habe unzählige Berichte von Pflegekräften, wie zum Beispiel: „Eine Horrornacht, eine Nachtwache für 80 Leute, zwei Todesfälle nachts." Pflegekräfte sind zu zweit für 130 Menschen auf verschiedenen Stockwerken und für das Richten von Medikamenten verantwortlich. Eigentlich arbeiten diese Pflegekräfte „mit einem Fuß im Gefängnis" – diese Arbeitsbedingungen sind eine Form der organisierten Verantwortungslosigkeit.

Unter meinen Informanten befinden sich übrigens auch Notärzte und Rettungssanitäter. Was mich vor allem empört, sind dabei nicht nur die Missstände selbst, auf die sie mich aufmerksam machen, sondern die Tatsache, dass die Vertreter der betroffenen Berufsgruppen alle schweigen. Ein Staatsanwalt meinte einmal sehr deutlich: „Wenn wir ehrlich sind, dann müssen wir zugeben, dass viele Pflegeheime inzwischen zu rechtsfreien Räumen geworden sind." Er meinte resigniert weiter: „Es besteht offensichtlich kein gesellschaftspolitisches Interesse an der Aufdeckung und Veränderung dieser Situation."

Sehr oft ist die Rede von „Ressourcenknappheit" in der Pflege. Das Gegenteil erscheint mir jedoch der Fall: Wir haben in diesem Land so viel Geld, dass wir uns eine schlechte Pflege überhaupt leisten können. Denn die Folgen dieser gefährlichen Pflege sind teuer, es werden daran Milliarden verdient. So erklärte mir ein Arzt, dass zum Beispiel Druckgeschwüre für seine Klinik inzwischen ein Wirtschaftsfaktor seien.

Betrachtet man die Situation nicht unter den Gesichtspunkten „Würde" oder „Schmerzen", sondern einfach nur unter „volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten", so zeigt sich folgendes Bild: Die Behandlung eines großen Dekubitalgeschwüres in einem Krankenhaus kostet circa 25.000 bis 30.000 Euro. Und wie viel verdient eine Altenpflegerin pro Jahr? Ich meine, zehntausende von Dekubitalgeschwüren könnten vermieden werden, wenn man nur nach heutigem Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse vorgehen würde. Konkret bedeutet dies: Wir können uns diesen Irrsinn, volkswirtschaftlich Milliarden zu verschwenden, leisten.

Wir leisten uns einen weiteren volkswirtschaftlichen Irrsinn: Wir wissen, dass alte Menschen häufig stürzen und sich sehr oft den Oberschenkelhals brechen. Welche Konsequenzen ziehen wir aus dieser Erkenntnis? Eine Hüftschutzhose für circa 65 Euro, die zwar nicht den Sturz, aber unter Umständen den Bruch des Oberschenkels verhindern könnte, wird von den Krankenkassen nicht bezahlt. Der Transport ins Krankenhaus mit dem Notarzt kostet 600 Euro. Hinzu kommen noch circa 3.000 Euro für die medizinische Behandlung und weitere circa 3.000 Euro für die Rehabilitation. Meistens sind die Folgen eines Sturzes auch der Beginn einer Pflegebedürftigkeit – und dann gibt es auch mehr Geld aus der Pflegeversicherung, die angeblich kurz vor der Pleite steht. Gegen das oft rituell wiederholte Argument „Wir können uns eine würdevolle Pflege nicht leisten" gibt es also gute Gegenargumente.

Solange jedoch an den Folgen der schlechten Pflege so viel Geld verdient werden kann, wird sich de facto nichts ändern. Selbst die Krankenkassen scheinen kein großes Interesse daran zu haben, zum Beispiel über Regressforderungen die Verantwortlichen dieser teureren „Pflegefehler" zur Verantwortung zu ziehen. Auch eine strafrechtliche Verfolgung ist eher selten.

Ich habe darüber hinaus den gespenstischen Eindruck, dass Rehabilitation in den meisten Pflegeheimen nicht stattfindet, weil zum Beispiel durch aktivierende oder motivierende Pflege Pflegebedürftigkeit verhindert oder verzögert werden kann. Das bedeutet in der Praxis dann eine „niedrigere Pflegestufe", vielleicht sogar eine „Rückstufung" beispielsweise von Stufe 2 auf 1 – und für die Pflegeheime weniger Geld.

Seit Jahren gelingt es unserer Gesellschaft nicht nur, diese Fakten, die jeder kennt und von deren Existenz sich jeder überzeugen kann, zu ignorieren, sondern auch noch, diese wortkosmetisch zu verharmlosen und zu relativieren. Ich will Ihnen einmal Missstände benennen, für die Sie sicherlich, wenn Sie die Arbeit von Amnesty International verfolgen, klare Formulierungen haben: „Schlafentzug", „Isolation", „fehlende Kommunikation", „Verweigerung, auf die Toilette gehen zu dürfen", „Entzug von

Privatsphäre“, „Ignorierung des Schamgefühls“, „vermeidbare Schmerzen“, „Vorenthaltung von Therapien“, „Kontrakturen“, „Verweigerung, an die frische Luft gehen zu dürfen“, „Hunger und Durst“ etc.

Diese Begriffe stammen aus einem Bericht im „Spiegel“ zur Situation in irakischen Gefängnissen. Diese Zustände bezeichnen wir selbstverständlich als „Folter“ und als „schwere Menschenrechtsverletzungen“. Ähnliches erleben pflegebedürftige Menschen in bundesdeutschen Pflegeheimen: Hier werden solche Zustände aber nur mit „Pflegenotstand“ beschrieben, und es ist von „keinen gravierenden Pflegemängeln“ die Rede – und die gesellschaftliche Empörung hält sich in Grenzen; Kirchen und Menschenrechtsgruppen nehmen davon keinerlei Notiz. Wenn überhaupt, wird hierauf als „bedauerlicher Einzelfall“ Bezug genommen, der „nicht verallgemeinert werden darf“.

Immer wieder reagieren Funktionäre der Wohlfahrtsverbände, Heimträger, Pflegekräfte und Politiker auf solche Schilderungen empört; sie wollen immer noch glauben, dass die meisten Pflegeheime „hervorragende Arbeit leisten“. Selbst haben diese Verantwortlichen jedoch oftmals noch nie eine Pflegestation unangemeldet gesehen. Empörend und skandalös werden dabei oft nicht die Zustände selbst empfunden, sondern die Tatsache, dass hierüber berichtet wird. Für diese Zustände übernimmt auch niemand die Verantwortung – vielmehr werden diejenigen zur Rechenschaft gezogen, die diese Missstände öffentlich gemacht haben.

Inzwischen sind die „Pflegemängel“ allerdings auch offiziell festgestellt und dokumentiert worden. Der Medizinische Dienst der Kranken- und Pflegekassen hat bei – überwiegend angemeldeten (!) – Kontrollen festgestellt, dass in zahlreichen Pflegeheimen nicht einmal die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr sichergestellt werden kann; des Weiteren konstatiert er häufig vorkommende schwerwiegende Kontrakturen sowie Dekubitalgeschwüre in der stationären und ambulanten Pflege.

Die Bundesregierung scheint sich aber zusammen mit den Pflegekassen inzwischen offensichtlich „arrangiert“ zu haben: Man möchte nicht weiter „die alten Menschen verunsichern“ und „zu einer Skandalisierung beitragen“. Vor kurzem wurde der erste Bericht des Medizinischen Dienstes veröffentlicht. Er enthält die merkwürdige Feststellung, dass trotz der festgestellten „Pflegemängel“ circa 90 Prozent der alten Menschen in den Heimen zufrieden beziehungsweise sehr zufrieden seien. Wie man auf ein so zynisches Ergebnis kommt, wenn eigentlich im Alter fast niemand in ein Pflegeheim möchte, ist mir unbegreiflich. Dies zeugt von einem gesellschaftlichen Desinteresse an diesem Thema.

In dem Bericht wird allerdings eingeräumt, dass „bei 41 Prozent der pflegebedürftigen Menschen Mängel bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ und „bei 43 Prozent Versorgungsdefizite bei Dekubitusprophylaxe und -therapie festgestellt worden sind“. Und weiter: „Die hier dargestellten Qualitätsdefizite weisen auf potentielle Gesundheitsgefährdungen der Bewohner hin.“ Gleichzeitig verweisen die meisten Pflegeheimbetreiber stolz auf ihre Leitbilder und Zertifizierungen.

Folgende Fragen drängen sich angesichts der geschilderten Missstände auf: Warum sind in unserer Gesellschaft gerade alte und pflegebedürftige Menschen derart entwürdigenden und lebensbedrohenden Bedingungen ausgesetzt? Warum lösen gerade diese Berichte in der Öffentlichkeit nur hilflose Empörung aus, im Unterschied zu sonstigen Reaktionen auf Missstände oder Vergehen (Stichwort: „Folter bei der Bundeswehr“), bei denen in der Regel sofort gesetzliche Maßnahmen gefordert werden? Warum bitten die Informanten – es sind im Allgemeinen verzweifelte Angehörige – um Schutz ihrer Namen, wenn sie nachweislich nur die Wahrheit wiedergeben? Ich habe noch nie so viele ängstliche und traumatisierte Menschen erlebt wie unter den Pflegekräften. Warum setzen sich engagierte und couragierte Pflegekräfte, wenn sie Kritik üben, dem Verlust ihres Arbeitsplatzes aus? Warum tut sich die Staatsanwaltschaft so schwer, mit Rechtsmitteln einzugreifen? Handelt es sich tatsächlich um einen rechtsfreien Raum?

Ich erachte – als Resümee meiner inzwischen jahrzehntelangen Erfahrungen und dessen, was mir täglich an Dokumenten und Schilderungen zugeschickt und anvertraut wird – diese unerträglichen Zustände inzwischen als die größte Humankatastrophe nach dem Zweiten Weltkrieg. Wir empören uns über Forderungen nach Legalisierung aktiver Sterbehilfe rhetorisch – und sehen gleichzeitig zu, wie jeden Tag eine Form der „sozialen Euthanasie“ in bundesdeutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern stattfindet. Tagtäglich wird alten Menschen vorgerechnet, was sie kosten. „Es lohnt sich nicht mehr“, heißt es in Bezug auf Beantragungen zum Beispiel eines neuen Rollstuhles oder Gebisses. Auch bei der Verabreichung von Schmerzmitteln wird gespart. Gerade eine mangelnde schmerztherapeutische Versorgung wird übrigens immer wieder als entscheidender Grund angeführt, weshalb Menschen nach aktiver Sterbehilfe verlangen. Die wenigen vorbildlichen Palliativstationen und Sterbehospize haben oft

lange Wartezeiten. Würdevolles Sterben ist in diesem reichen Lande inzwischen längst zu einem Finanzierungsproblem geworden. An liebevolle „Sterbebegleitung“, daran, einem Menschen in seiner letzten Stunde die Hand zu halten, ihn nicht allein zu lassen, ist in zahlreichen Pflegeheimen „nicht im Entferntesten zu denken“ – so eine Altenpflegerin. Schon einmal wurde in diesem Land die Würde des Menschen nach einer Kosten-Nutzen-Kalkulation bemessen, wurden die Kosten für Pflege von „lebensunwertem Leben“ als volkswirtschaftlich unvertretbar empfunden.

Konsequenzen aus den geschilderten Zuständen sollten sein, sich als Gesellschaft offensiv mit dem Thema auseinander zu setzen und Verantwortung zu übernehmen. Denn es ist kein Luxus, der hier gefordert wird, es geht um Selbstverständlichkeiten, um die Umsetzung elementarer Grund- und Menschenrechte, die uns früher oder später alle selbst betreffen. Den betroffenen Berufsgruppen ist nicht der Vorwurf zu machen, dass sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht menschenwürdig pflegen könnten. Ich mache ihnen, den Ärzten, den gesetzlichen Betreuern und den Angehörigen nur den Vorwurf, dass sie schweigen. Hier handelt es sich meines Erachtens um eine Verletzung der Aufsichtspflicht, um unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Körperverletzung – unter Umständen mit Todesfolge. Es gibt für diese Zustände eine Menge Erklärungen, aber keine einzige Entschuldigung und Rechtfertigung.

Es geht selbstverständlich auch anders. Selbstbestimmung ist auch im Alter, bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit, möglich. Es gibt – allerdings wenige – Beispiele für menschenwürdige häusliche und stationäre Pflege-, Wohn- und Hausgemeinschaften. Eine ehrliche Antwort auf die berechtigten Ängste vor Einsamkeit, Schmerzen, würdeloser und emotionsloser Pflege kann eigentlich nicht allein die Patientenverfügung sein. Vielmehr müssen die Bedingungen in der häuslichen Pflege, in Krankenhäusern und Pflegeheimen endlich massiv verbessert werden. Auch der Ausbau der Schmerzmedizin und Hospize würde viele Fragen und Probleme in der Umsetzung von „Patientenverfügungen“ von selbst erledigen.

Ich möchte diese Gelegenheit auch dafür nutzen, kritisch anzumerken, dass ich leider bisher von den Mitgliedern des Nationalen Ethikrates beziehungsweise dem Gremium noch keine offensive öffentliche Stellungnahme zu den geschilderten Zuständen, zu der „organisierten Unverantwortlichkeit in der Altenpflege“ und einem System der Minuten- und Fließbandpflege in zahlreichen bundesdeutschen Pflegeheimen gehört habe. Ich freue mich daher, dass diese Fragen auf der Tagung des Nationalen Ethikrates „Selbstbestimmung am Lebensende“ thematisiert werden konnten.

Eine Altenpflegerin schrieb mir verzweifelt folgende Selbstanzeige: „Ich habe jahrelang ein System menschlicher Entwürdigung aufrechterhalten und den Erhalt meines Arbeitsplatzes über die Menschenwürde gestellt. Aber jetzt möchte ich mein Schweigen brechen. Wer schweigt, macht sich mitschuldig.“ In diesem Sinne fordere ich zum gesellschaftlichen Kampf für menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Alten- und Behindertenpflege auf. Denn es geht darum, das höchste Rechtsgut unserer Verfassung zu garantieren und die Menschenwürde zu respektieren.

Literaturhinweise befinden sich am Ende des Bandes.

H. CHRISTOF MÜLLER-BUSCH
Leiter der Abteilung Palliativmedizin – Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Praxis der Patientenverfügung – eine Perspektive aus der Palliativmedzin

Ein Beispiel

Herr F., ein 76-jähriger Elektromeister, wird nach dreimonatiger Beatmung und mehrfacher Reanimation bei Z. nach viermaliger Bypassoperation mit anschließender Sepsis auf die Palliativstation verlegt: ein unruhiger, nicht orientierter, über ein Tracheostoma beatmeter sedierungspflichtiger Patient mit einer toxischen Leberschädigung, Niereninsuffizienz und ausgedehnten Lagerungsschäden – ein desolater Zustand. Immer wieder kommt es zu Erstickungsanfällen und offensichtlich auch starken Schmerzen. Herr F. soll palliativmedizinisch behandelt und als Pflegefall beatmet nach Hause oder in ein Pflegeheim verlegt werden. Die Angehörigen schwanken zwischen der Hoffnung, dass sich doch nochmals alles zum Guten wenden könnte, und dem Wunsch, dass das Leiden doch möglichst bald beendet werde. Sie können sich für ihn weder ein Pflegeheim noch eine häusliche Beatmungssituation vorstellen. Das hätte er sicherlich nicht gewollt, versichern sie glaubhaft. Die Intensivmediziner sehen weitere Maßnahmen als sinnlos an, nachdem sie drei Monate lang versucht haben, die vielen Komplikationen zu beherrschen. Der Patient hatte vor seiner Operation eine Patientenverfügung verfasst, in der er lebenserhaltende Maßnahmen ausdrücklich verlangt hatte. Wie soll in dieser Situation vorgegangen werden? Welcher Wille, welche Kriterien sollen zur Orientierung dienen?

Vorbemerkung

In Deutschland sterben jährlich circa 860.000 Menschen, davon circa 240.000 an den Folgen einer Krebserkrankung. Über 70 Prozent sterben in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Etwa 25 Prozent sterben so, dass Pflegende von einem „unwürdigen” Tod sprechen. Über 70 Prozent der im Krankenhaus Beschäftigten sind der Ansicht, dass ein würdevolles Sterben im Krankenhaus nicht möglich ist. 90 Prozent der Patienten vertrauen darauf, dass die Ärzte am Ende des Lebens die richtigen Entscheidungen treffen. Im Gegensatz zu den Menschen, die durch ein plötzliches

Ereignis, wie zum Beispiel einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder einen Unfall, in einen Zustand der irreversiblen Bewusstseinseinschränkung geraten, beschäftigt die Vorstellung, ein sinnloses, langes und zermürbendes Leiden aushalten zu müssen, fast alle Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen, aber auch Menschen mit schweren neurologischen Störungen, die oft von Schmerzen, Erstickungsgefühlen, Lähmungen und Schluckbeschwerden begleitet werden. Viele Patienten haben Hemmungen, mit ihren Ärzten über ihre Ängste und existentiellen Fragen zu sprechen: In einer auf Reparatur und Rehabilitation ausgerichteten Hochleistungsmedizin hat das Thema „Sterben und Tod" nur selten einen Platz. In der Palliativmedizin gehört jedoch die Beschäftigung mit den Vorstellungen und Wünschen des Patienten und seiner Angehörigen und das Zulassen des Sterbens zum selbstverständlichen Alltag. Etwa 20 Prozent unserer Patienten haben eine Patientenverfügung verfasst.

Patientenverfügungen sind ein Hilfsmittel, den Dialog in sterbenahen Situationen zu fördern

Bei Ärzten ist die Auseinandersetzung mit den spezifischen Problemen sterbenskranker Menschen häufig mit fachlicher und rechtlicher Unsicherheit verbunden. Hinzu kommt, dass der Zeitpunkt und die Art des Sterbens zunehmend von medizinischen Entscheidungen bestimmt werden. Sterben und Tod sind zur medizinischen Aufgabe geworden. Durch die technischen Möglichkeiten, den Todeszeitpunkt zu manipulieren, ergeben sich auch Interessenkonflikte, die das Sterben nicht mehr als autonome Leistung am Ende des Lebens erscheinen lassen, sondern als eine zunehmend von menschlich und moralisch Zumutbarem geprägte Ausnahmesituation, der entsprechend begegnet werden muss. Zumindest innerhalb des medizinischen Systems sind es immer weniger die Krankheiten selbst, die zum Tode führen, sondern medizinisch-ärztliche Maßnahmen. Sterben innerhalb medizinischer Institutionen wird letztlich immer nur ermöglicht, wenn auf Maßnahmen verzichtet wird, die zu einer – wenn auch begrenzten – Lebensverlängerung beitragen könnten.[1] Besonders dann, wenn das Leben des Betroffenen künstlich und fremdbestimmt mit einer ungewissen zeitlichen Perspektive aufrechterhalten wird, stellen Verzichtsentscheidungen hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Wann Behandlungsoptionen im konkreten Fall, zum Beispiel die Gabe von Bluttransfusionen, eine künstliche Beatmung, Ernährung beziehungsweise die Entscheidung für oder gegen eine Antibiotikatherapie oder auch nur die Abwägung diagnostischer Maßnahmen, sinnvoll oder angezeigt sind, ist aber nicht nur

1 P. Ariès 1980, Geschichte des Todes, München.

eine aus „medizinischer Indikation" zu treffende Angelegenheit, sondern bedarf zumindest der Ermittlung des manifestierten beziehungsweise mutmaßlichen Willens des Betroffenen und einer Beurteilung des „natürlichen" Willens in konkreten Entscheidungssituationen. Die rechtliche Verunsicherung zu den Voraussetzungen einer Zulässigkeit von Therapiebegrenzung beziehungsweise -beendigung bei infauster Prognose ist groß, sie beschäftigt hierzulande die Medizin und Ärzteschaft, aber auch die praktische Rechtspflege in besonderem Maße. So wurde in 65 Prozent der Antworten der Befragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gerade für diese Situationen eine rechtliche Regelung gefordert. Von vielen Menschen wird heute ein schneller Tod als weniger schlimm angesehen als ein Überleben mit eingeschränkter Kommunikation, mit Hilfsbedürftigkeit und Belastung anderer. Zweifel daran, dass es unter den gegenwärtigen Verhältnissen möglich ist, natürlich sterben zu dürfen, haben dazu geführt, dass die Frage nach einem „guten Tod" die Menschen in unserer Gesellschaft auch unter dem Aspekt eines selbstbestimmten Todeszeitpunktes zunehmend beschäftigt. Die Beschäftigung mit diesen Fragen stößt allerdings bei Ärzten häufig noch auf Unverständnis.

Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind wichtige Instrumente, um in Grenzsituationen am Willen orientierte Entscheidungen zum Wohle des Betroffenen zu finden. In zahlreichen Publikationen sind in den letzten Jahren Richtlinien zum Umgang mit Sterbenskranken erstellt worden,[2,3] dennoch mangelt es häufig nicht nur an Kenntnissen dieser Richtlinien, sondern auch an Vorstellungen, wie im Falle eines Konfliktes mit ethischen Problemen praktisch vorgegangen werden soll. Patientenverfügungen können in der Praxis unter zwei zu unterscheidenden Aspekten gesehen werden:

1. als Willensbekundungen, die Maßnahmen abwehren oder zu begrenzen versuchen, die in der Regel als Übertherapie, eventuell als Aktionismus oder symbolhaftes Handeln angesehen werden;
2. als Hinweis oder Orientierungshilfe zur Fürsorge, die Ärzten, Angehörigen und anderen Beteiligten in schwierigen Entscheidungssituationen ermöglichen soll, im Sinne des Patienten und seinen individuellen Werten entsprechend zu handeln.

2 W. Sohn/M. Zenz (Hrsg.) 2001, Euthanasia in Europe, Stuttgart.
3 Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 95, 1998, S. 1852–1855.

Den meisten Patienten geht es in ihrer Patientenverfügung nicht darum, dass alles genau so geschieht, wie sie es formuliert haben, sondern darum, in die Hände eines guten und verständigen Arztes zu geraten, der auch das Sterben zulassen kann, wenn es denn sein muss.

Ethische Entscheidungsfindung in Grenzsituationen

Als Kriterien für eine ethische Entscheidungsorientierung und -findung in der Medizin werden vier Prinzipien unterschieden:[4]

- Autonomie(Kompetenz, Selbstbestimmungsfähigkeit, Willen)
- Benefizienz(Leben, Gesundheit, Lebensqualität)
- Non-Malefizienz(Nutzen-Risiko-Relation, individuelle Werte)
- Gerechtigkeit (Gleichheit, Angemessenheit, Ressourcen)

Diese allgemeinen Prinzipien bestimmen auch das Handeln bei schwerstkranken und sterbenden Menschen. Dabei wird vielleicht das Nichtschadensprinzip im Rahmen der Überbewertung der Autonomie in der derzeitigen Debatte nicht ausreichend gewürdigt. Gerade bei Sterbenskranken ergeben sich gelegentlich besondere Konfliktsituationen, wenn mit zunehmender Erkrankungsdauer Autonomie und Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten eingeschränkt sind, individuelle Lebensqualität nicht von außen bestimmt werden kann und die Beurteilung des individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnisses bei Entscheidungen in Grenzsituationen unterschiedlich ausfällt. Deswegen benötigen schwerstkranke Menschen in sterbensnahen Situationen eine therapeutische Partnerschaft und dialogische Beziehung aller Beteiligten, bei der Verantwortung im Sinne des Patienten auch unter der Prämisse eingeschränkter oder fehlender Kompetenz- und Selbstbestimmungsfähigkeit übernommen werden kann.[5]

Die Anerkennung und Förderung von Autonomie ist das Grundanliegen medizinischen Handelns. Autonomie ist als Wesenselement des Menschen die Fähigkeit, über die eigenen Kräfte zu verfügen; sie beinhaltet eine situative Disposition, aber auch ein moralisches Recht. „Die Autonomie des Menschen ist das Fundament seiner Freiheit. [...] auf ihr beruht die Würde seines Mensch-Seins, deren Gewicht wir, wie so oft, erst in dem Augenblick des Verlusts wirklich wahrnehmen" (Thure von Uexküll). Insofern ist es wichtig, sich der doppelten Bedeutung von Autonomie als Handlungsgrundlage und Handlungsziel bewusst zu werden, wenn es um die Sinnhaftigkeit beziehungsweise Angemessenheit von Maßnahmen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod geht.

4 T. L. Beauchamps/J. F. Childress 1994, Principles of Biomedical Ethics, 3rd edition, New York.
5 D. R. Roy/N. MacDonald 1998, Ethical Issues in Palliative Care, in: D. Doyle/G. W. C. Hanks/N. MacDonald (Hrsg.), Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd edition, New York.

Die Auseinandersetzung, die in jüngster Zeit über die Bedeutung und Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung von Patientenverfügungen für die Patientenautonomie am Lebensende geführt wird, kreist vor allem um die Fragen, ob es – aus Missbrauchsängsten oder sonstigen Bedenken – erstens eine Reichweitenbeschränkung geben soll, zweitens eine strafrechtliche Regelung erforderlich ist. Des Weiteren wird diskutiert, ob die verschiedenen Vorstellungen als „Tor zur aktiven Sterbehilfe" missbraucht werden könnten.

Diese Auseinandersetzung berücksichtigt meines Erachtens zu wenig, dass der Wunsch nach Rechtssicherheit zwar verständlich ist, aber dass die eigentliche Problematik darin liegt, wie im Rahmen des medizinischen Fortschritts und der medizinischen Möglichkeiten Sterben und Tod in einem humanen Miteinander ihren Platz finden können. Verantwortung für das Sterben zu tragen geht eigentlich nur, wenn die Verständigung über das „gute Sterben" auch von einem Verstehen und einem Bilden von Beziehungen begleitet wird. Das verantwortungsvolle und an ethischen Prinzipien orientierte Miteinander der Palliativmedizin hat hier einen hohen Stellenwert, der meines Erachtens nicht durch Gerichtsentscheidungen ersetzt werden kann.

Thesen

1. Die Frage der Reichweite beziehungsweise Gültigkeit von Patientenverfügungen berührt Grundprinzipien ärztlichen Handelns und der medizinischen Ethik allgemein sowie Problembereiche der Vorphase des Todes:

a) Beurteilung der Prognose – was verstehen wir darunter, „in absehbarer Zeit zu sterben"? Wann beginnt das Sterben? Was verstehen wir unter „irreversiblem Verlauf" einer Erkrankung? Wann beginnt der Sterbeprozess? Dies alles sind Fragen, die nicht nur vom Verlauf einer Erkrankung selbst, sondern von vielen Entscheidungen und weiteren Umständen abhängig sind.
b) Respektierung von Autonomie und Umgang mit Selbstbestimmung
c) Verzichtsentscheidungen
d) Sterbebegleitung
e) Berücksichtigung von Ressourcen

2. Wenn wir anerkennen, dass ein Mensch seine Wertvorstellungen und seinen Willen auch für den Fall der Nichteinwilligungsfähigkeit bindend festlegen kann, dann darf die Gültigkeit dieser Bindung nicht auf die Sterbephase beschränkt werden.

3. Die Beachtung von Würde in der Sterbephase durch optimale Schmerz- und Symptomlinderung, körperliche und vor allem orale Hygiene, vertraute Umgebung, geistige Klarheit, Sicherheit, Verstehen, Wärme, Nähe, Ruhe und Zeit gehört zu den fundamentalen Aufgaben der Medizin, aber auch eines humanen Miteinanders.

4. Die Achtung und Förderung von Autonomie ist ein Grundanliegen der modernen Medizin und insbesondere der Palliativmedizin. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist „Palliativmedizin die aktive, umfassende Betreuung und Behandlung schwerstkranker Patienten mit einer nicht heilbaren progredienten Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern". Die Palliativmedizin versteht sich auch als Antwort auf die immer lauter werdenden Rufe nach einer Legalisierung der Euthanasie. Vorrangige medizinische Aufgabe der Palliativmedizin ist die Linderung belastender Symptome. Die Palliativmedizin versucht auch, den Menschen in seinen individuellen sozialen Bezügen und Wertvorstellungen zu verstehen und zu begleiten. Die Kommunikation über die den sterbenskranken Menschen und seine Angehörigen bewegenden existentiellen Fragen und Belastungen ist ein untrennbarer Bestandteil einer umfassenden palliativmedizinischen Betreuung.

5. Durch die zunehmende Bedeutung von Patientenrechten sollte die ethische Verantwortung für Entscheidungen nicht einseitig verlagert werden. So konzentriert sich die Charta der Patientenrechte von 1999 im Wesentlichen auf folgende Aspekte: Recht auf Information, Recht auf qualifizierte Behandlung, Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben und auf Rechte im Schadensfall. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis zwischen Patient und Ärzten, Pflegenden und Therapeuten immer durch eine Asymmetrie der durch unterschiedliche Stärken und Schwächen gekennzeichneten Rollen bestimmt wird.

6. In Situationen des Sterbenskrankseins, wenn Entscheidungsmöglichkeiten immer weniger oder nicht mehr vom betroffenen Patienten wahrgenommen werden können und der Tod unmittelbar bevorsteht, verlagert sich die Entscheidungsverantwortung zunehmend auf die Ärzte – in der Erwartung, dass ihre Perspektive den Willen

oder zumindest den „mutmaßlichen Willen" beziehungsweise die sogenannte mutmaßliche Wirklichkeit des Patienten kennt, erkennt und respektiert.

7. Entscheidungen in Grenzsituationen müssen sich am Willen des betroffenen Patienten orientieren. Fortwirkende Willensbekundungen können die situativ abhängige und verantwortete eigene Meinungs- beziehungsweise Urteilsbildung im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit nicht ersetzen und die Verantwortung für die Konsequenzen medizinischer Entscheidungen nicht abnehmen. Durch Gesten und Reaktionen können Manifestationen des „natürlichen Willens" zum Ausdruck gebracht werden, die bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind. Deshalb sind in nicht sterbenahen Situationen besondere Anforderungen an die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu stellen, die einerseits das Recht auf Selbstbestimmung schützen, andererseits auch den besonderen Schutz schwerbehinderter Menschen ermöglichen und den Missbrauch vermeiden.

8. Wenn Menschen für den Fall einer schweren Behinderung durch fortschreitende Demenz, eine hohe Querschnittslähmung oder auch durch Wachkoma (*persistent vegetative state*) in einer Patientenverfügung ihren Willen zu Behandlungsmaßnahmen bekundet haben, so sollte dieser die gleiche bindende Beachtung finden wie bei Menschen, die sich im unmittelbaren Sterbeprozess befinden. Das Recht, sich gegen das eigene Leben zu entscheiden, fällt unter das Selbstbestimmungsrecht des Menschen. Grundsätzlich sollten Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten auch für nicht sterbenahe Situationen bindende Wirkung haben. An die Gültigkeit in nicht sterbenahen Situationen müssen jedoch besonders strenge Anforderungen gestellt werden.

9. Die Notwendigkeit rechtlicher Regelungen sollte sich daran orientieren, ob durch diese die schwierige und allen Beteiligten besondere Verantwortung und Belastung abverlangende Entscheidungsfindung in sterbenahen Situationen beziehungsweise im Falle einer Nichteinwilligungsfähigkeit gefördert oder gehemmt werden. Die Sterbesituation sollte durch eine Verrechtlichung nicht noch erschwert werden.

10. Da Patientenverfügungen im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit nicht explizit widerrufen werden können, müssen an ihre Verbindlichkeit und Gültigkeit besonders strenge Kriterien gestellt werden. Im Spannungsfeld von Fürsorge, Nichtschaden, Selbstbestimmung und Gerechtigkeit müssen im individuellen Fall konkrete Anhaltspunkte für eine situative Willensänderung vorliegen, wenn eine Behandlungsentscheidung

abweichend von einer früheren Willensbekundung getroffen werden soll. So sollte der Arzt – wenn er von der in einer Patientenverfügung niedergelegten Bekundung abweichen will – „begründungspflichtig" sein, wenn er den durch Gesten oder Reaktionen zum Ausdruck gebrachten „natürlichen Willen" zum Handlungskriterium macht.

11. Schwerstbehinderte, zerebral geschädigte Menschen bedürfen der besonderen Fürsorge. Der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen – beziehungsweise deren Abbruch – kann nicht nur davon abhängig gemacht werden, ob dieser für eine konkrete Situation gewollt ist oder nicht, sondern bedarf des Konsenses der Beteiligten, die darin übereinstimmen müssen, dass die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen dem Wunsch nach einem autonomen Sterbeprozess aufgrund der vorliegenden Erkrankung entspricht.

12. Die Auseinandersetzung über die Reichweite, Gültigkeit und Umsetzung von Patientenverfügungen sollte durch einen gesellschaftlichen Dialog unter Berücksichtigung der Aufgaben und der Verantwortung der Medizin für ein humanes Miteinander unter den bestehenden demographischen, sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen erweitert werden. Denn die Forderung nach Autonomie und Berücksichtigung von Selbstbestimmung vor dem Hintergrund der Ambivalenz der technischen Möglichkeiten der modernen Medizin beinhaltet auch die Suche nach einer Antwort auf die Frage, welche Kriterien für deren humanen Einsatz gefunden werden können.

WOLFGANG PUTZ
Rechtsanwalt – München

Praxis der Patientenverfügung – eine juristische Perspektive

In der juristischen Befassung mit dem Thema „Patientenverfügung“ kommt man zu einer interessanten Feststellung: Nach der Rechtsprechung zur Patientenverfügung hat der Patient das grundgesetzlich garantierte Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Sterben, auch durch eine Vorausverfügung – mit dem Ergebnis, dass er auf ein Weiterleben verzichten, sein Leben verwerfen kann. Würde er das Gleiche allerdings aktiv vollziehen, so betrachtet die Rechtsprechung zum Suizid dies immer noch als „Unglücksfall“ bei vermuteter krankhafter Depression. Im ersten Fall erwartet sie vom Arzt, dass er das selbstbestimmte Sterben des Patienten palliativ begleite, im zweiten Fall verlangt sie vom Arzt, den Todeseintritt zu verhindern.

Am besten wird dies an einem Beispiel deutlich: Ein Patient, den wir vertreten haben, war nach einem Herz-Kreislauf-Zwischenfall in ein künstliches Koma gelegt worden. Nun zeigte sich noch im Koma, dass seine Hände, seine Füße, seine Nase und seine Ohren mumifizierten, das heißt, sie starben ab, ohne zu nekrotisieren. Grund war eine vorübergehende Mangeldurchblutung der Körperperipherie während des Kreislaufversagens. Die Ehefrau begründete substantiiert, dass ihr Mann in einem solchen Zustand nicht weiterleben wolle, also dürfe man ihn nicht mehr aufwecken, sondern müsse ihn sterben lassen. Sie berief sich dabei auf klare Aussagen des Patienten, der eine sehr kämpferische Patientenverfügung verfasst hatte. Als Vertreter des Patienten argumentierten wir hingegen, dass es sich nur um ein künstliches Koma handele. Der Aussage des Arztes zufolge sei sein sonstiger Zustand gut, nur die Nierenfunktion sei verloren gegangen, so dass wir den Patienten nun aufwachen lassen müssten, damit er selbst über seine weitere Therapie entscheiden könne. Die Sedierung wurde zurückgenommen, der Patient erwachte zunehmend aus dem künstlichen Koma, bis er schließlich – nach psychiatrischem Konsil – selbstbestimmungsfähig war. Der Patient entschied nun selbst, dass er sterben wolle, ließ sich nicht mehr dialysieren, trübte ein,

verlor wieder das Bewusstsein und verstarb, da er jede Rettung nach Eintritt der Bewusstlosigkeit verboten hatte.

Dieser Fall wäre sozusagen ein „passiver Suizid", das Zulassen des Sterbens nach der Patientenverfügung. Wie läge der Fall, wenn der Patient statt der Verweigerung der Dialyse ein tödliches Mittel genommen hätte, dann bewusstlos geworden und gestorben wäre? Wird man sich neu mit dem Thema befassen müssen, warum Ärzte einen „klassischen" aktiven Suizid nicht palliativ begleiten dürfen, den „passiven Suizid" hingegen schon?

Von der Suizidrechtsprechung her hätte man den Patienten nach Bewusstseinsverlust retten müssen, notfalls immer wieder, wenn er immer wieder die Dialyse verboten hätte. Von der Rechtsprechung zur Patientenverfügung her musste man den Patientenwillen respektieren und zulassen, dass der Patient an seiner Erkrankung stirbt, weil er eine wirksam invasive Lebensverlängerung nach Bewusstseinsverlust verboten hatte.

Folgerichtig hat Professor Taupitz angesichts der bisherigen Rechtsprechung zum Suizid gefragt, ob wir denn nun alle Verfasser von Patientenverfügungen als depressiv – quasi suizidal – ansehen müssen. Ist man depressiv, wenn man in einer Patientenverfügung eine mögliche Lebensverlängerung im Voraus unterbindet? Aber was ist denn eigentlich eine Patientenverfügung aus der Sicht des Juristen? Sie ist nichts anderes als das beste Beweismittel für den „aktuellen Willen" des Patienten, nämlich der Urkundenbeweis für eine vom Patienten selbst im Voraus getroffene Regelung. In der Praxis haben wir es aber wesentlich häufiger mit einem Zeugenbeweis für eine mündliche Vorausverfügung zu tun. Und am häufigsten erleben wir immer noch, dass eine Vorausverfügung nicht nachweisbar ist, so dass der „mutmaßliche Wille" des Patienten zu beweisen ist.

Aus der juristischen Praxis muss ich klar sagen: Wenn eine Patientenverfügung mit einer Urkunde oder mit Zeugen oder am besten mit beidem bewiesen werden kann, gibt es heute – im Gegensatz zu noch vor einigen Jahren – selten juristischen Streit. Dazu ist die Akzeptanz offensichtlich schon zu breit, die Rechtslage klar und vermittelbar. In solchen Fällen wird kein Rechtsanwalt benötigt. Zu uns kommen die Menschen erst, wenn sich der Streit vor Ort nicht lösen lässt.

Die Fokussierung auf den Begriff Patientenverfügung lenkt dabei den Blick von der Tatsache, dass auch Patienten ohne Patientenverfügung ein grundgesetzlich garantiertes Recht haben, nicht gegen ihren Willen behandelt zu werden. Je inflationärer

die öffentliche Diskussion um die Patientenverfügung oder gar um deren formelle Wirksamkeitsvoraussetzungen geführt wird, desto mehr suggeriert man den Ärzten und Pflegern, den Betreuern und Bevollmächtigten, die ja meist laienhafte Angehörige sind, der nur „mutmaßliche Wille" schütze den Patienten überhaupt nicht mehr. Doch auch der Patient, dessen „mutmaßlicher Wille" aus der ganzen Fülle seines Lebens klar hervorgeht, hat ein Recht, nicht gegen seinen Willen behandelt zu werden.

Werden wir von der „Medizinerseite" beauftragt, lautet deren Hauptfrage meist: „Dürfen wir nach dem Gesetz tun beziehungsweise unterlassen, was nach unserem Empfinden und nach dem der Angehörigen einvernehmlich dem Wohl und Willen des Patienten entspricht?" Das entsprechende medizinische Wissen ist in diesen Fällen zumeist vorhanden, ansonsten verweisen wir auf entsprechende örtliche medizinische Einrichtungen, Palliativstationen, universitäre Forschungszentren oder in München auf das Institut für Rechtsmedizin. Doch die unglaubliche Rechtsunsicherheit in der Praxis bei relativ klarer Rechtslage führt zum Juristen.

Werden wir von der „Patientenseite" beauftragt, so wenden sich naturgemäß, wenn wir heute über Patientenverfügung oder in Erweiterung des Themas über den „mutmaßlichen Willen" des Patienten sprechen, Angehörige an uns, die meist – aber nicht immer – Betreuer oder Bevollmächtigte des Patienten sind. Das Entscheidende, ja gewissermaßen der Kunstgriff in diesen Fällen ist: Unser Mandant ist der Patient. Dies verleiht uns eine ganz besondere Position, auch wenn sie in gerichtlichen Verfahren erst einmal verwirrt. Wenn nun Angehörige einfordern, dass geschehe, was sie selbst wollen, dann ist der Hinweis, dass man nicht sie, sondern den Patienten vertritt, von geradezu verblüffender Wirkung. Ebenso wirkt die Recherche hinter dem Rücken des auftraggebenden Angehörigen bei weiteren Zeugen nach einer Patientenverfügung oder nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten. Die Akzeptanz unseres anwaltlichen Handelns bei Richtern und Verfahrenspflegern ist daher optimal.

Natürlich könnte man uns in diesen Fällen kündigen. Dies geschieht aber in der Praxis zumeist nicht, sei es aus Einsicht, sei es wegen der Außenwirkung, sei es wegen der Möglichkeit, eine Mitteilung an das Vormundschaftsgericht zu schicken, oder sei es nur wegen der Kosten eines Anwaltswechsels.

In nahezu all diesen Mandaten von Patientenseite wird also die juristische Hilfestellung nicht etwa erforderlich, weil die Fälle juristisch so schwierig wären, sondern weil die Beteiligten juristische und medizinische Wissensdefizite haben. Hier hilft uns die jetzt

schon klare Rechtslage, wie sie das bayerische Justizministerium in einer Broschüre oder meine Kollegin Beate Steldinger und ich in unserem Buch „Patientenrechte am Ende des Lebens" darstellen.[1]

Bezeichnend für die gegenwärtige Diskussion ist, dass die erst kürzlich entstandene Einigkeit über das geltende Recht des Patienten am Lebensende nun den Ruf nach einer Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen hat entstehen lassen. In Schwierigkeiten geraten nunmehr jene Lebensschützer, die unsere Rechtsdarstellung in der Vergangenheit als falsch, als „Mord" und als „Verhungern und Verdursten" bezeichnet haben, jetzt aber keine juristischen und medizinischen Gegenargumente mehr haben. Dies ist ohne jeden Zweifel der Grund für einen unglaublichen Erfindungsreichtum an nichtjuristischen und insbesondere emotionalen Scheinargumenten, die alle nur ein einziges Ziel haben: „den Tod verhindern, der noch nicht notwendig ist". Es wird – anders ausgedrückt – schlicht das Diktat des Machbaren gefordert.

In der Praxis wird bei rechtlich korrekter Argumentation mangels rechtlicher Gegenargumente noch mehr als zuvor auf die emotionale Verteufelung des „Gegners" abgestellt. Lässt sich das Vorhaben dann sogar direkt aus einer eigenen Vorausverfügung des Patienten aus gesunden Tagen herleiten, die nach unserem Rechtssystem ihre Bindungswirkung bei Eintritt der Willensunfähigkeit nicht verlieren kann,[2] so sind alle Argumente recht, den Patienten rückwirkend zu entmündigen: Der Patient wird dann eben als zu unchristlich, medizinisch zu uninformiert, zu wenig formalistisch bezeichnet – kurz: Der Patient dürfe sich nicht schaden und habe eine Pflicht zu leben, weshalb seine Patientenverfügung missachtet werden dürfe.

Angehörigen wird dabei oftmals vorgeworfen, sie wollten sich zum „Vollstrecker unmoralischen Gebarens" machen. Ein Szenario, dessen Absurdität erst richtig deutlich wird, wenn man geäußerten und vorausgeäußerten Willen gegenüberstellt, wenn man sich also einmal vorstellt, der Patient würde plötzlich die Augen aufschlagen und sagen: „Lasst mich endlich in Ruhe sterben!"

1 Vgl. W. Putz/B. Steldinger 2004, Patientenrechte am Ende des Lebens, München. Es war für mich, der ich gebetsmühlenartig spätestens seit der Kemptener Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) im Jahr 1994 die Rechtslage nach dem Grundgesetz und der BGH-Rechtsprechung dargestellt habe, ein unglaublich befriedigendes Erlebnis, dass sich die Bioethik-Kommission in Rheinland-Pfalz, die Enquete-Kommission des Bundestages und die sogenannte Kutzer-Kommission beim Bundesjustizministerium absolut einig über die bestehende Rechtslage sind. Dies war bis vor kurzem noch nicht hoffähig.

2 So endlich klarstellend der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 17. März 2003, vgl. Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 57, 2003, S. 1588.

Tatsächlich haben wir zahlreiche beeindruckende Fälle, wo der einsichts- und entscheidungsfähige Patient selbst uns beauftragt, seine Behandlungsverbote durchzusetzen. In der Praxis der Umsetzung des Patientenwillens gegen den Widerstand von Ärzten, Kliniken und Pflegeheimen ist es dabei die Aufgabe des Rechtsanwalts, den Beteiligten die Rechtslage darzustellen. Was in allen anderen Rechtsgebieten zu einer Akzeptanz bei juristischen Laien führt, führt in unseren Streitigkeiten um „Entscheidungen am Ende des Lebens" zum Ausweichen auf nichtjuristische Ebenen, die vermeintlich die rechtlichen Vorgaben eines freiheitlichen Rechtsstaats außer Kraft setzen. Mehr oder weniger unverblümt wird argumentiert: „Na gut, Sie haben Recht, aber wir haben eine dem entgegenstehende Ethik!"

Diese Argumentationslinie zog sich zwei Instanzen lang durch das Verfahren des Traunsteiner (Kiefersfeldener) Patienten, dessen Patientenverfügung eine invasive Lebenserhaltung verbot. Das Pflegeheim argumentierte immer nur: „Die Pflegeethik verbietet, die Ernährung einzustellen." Es wurde aber nie ausgeführt, worin genau diese Pflegeethik besteht. Erst das Oberlandesgericht München versuchte, juristische Argumente dafür ins Feld zu führen, dass Pflegekräfte gegen den Willen des Patienten und gegen die darauf beruhende Anordnung des Betreuers und des behandelnden Arztes eine invasive Lebensverlängerung in eigener Regie betreiben dürfen. Pflege heiße eben Lebensverlängerung: Wer sich pflegen lasse wolle, müsse Lebensverlängerung tolerieren.

Dass Peter K. schließlich bei einem erneuten fieberhaften Infekt am Verzicht auf kurative medizinische Intervention bei palliativer Versorgung an seiner Erkrankung endlich sterben durfte – dies wäre ein Fall legaler passiver Sterbehilfe –, verhinderte eine höchstrichterliche Entscheidung über den zivilrechtlichen Rechtsanspruch auf Unterlassung der nicht konsentierten invasiven Lebensverlängerung. Nun klagen die Eltern des Peter K. erneut, diesmal auf Schmerzensgeld und Ersatz der Aufwendungen für diese Lebensverlängerung. Ein Urteil des Bundesgerichtshofs dürfen wir hier erst in vielen Jahren erwarten. Führt die Klage zum Erfolg, werden die Eltern die eingeklagten Beträge an Einrichtungen aus dem Bereich Hospiz und Palliativmedizin spenden.

Unsere anwaltliche Aufgabe in Sterbemandaten ist die rechtliche Beratung und die rechtliche Absicherung von Entscheidungen am Ende des Lebens. Inzwischen lassen sich die meisten Fälle der indirekten aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe in Form einer symptomkontrollierenden Sterbebegleitung ohne Rechtsanwalt oder jedenfalls nach dessen Erstberatung lösen. Fälle, die früher noch dicke Akten anwachsen ließen, können von den beteiligten Ärzten und Pflegekräften, Heimen oder Kliniken

längst, allenfalls nach einer nötigen einmaligen Beratung, sicher abgewickelt werden. „Sicher" heißt nicht nur materiellrechtlich „sicher nach dem Willen des Patienten", „sicher" bedeutet natürlich auch prozessualrechtlich „sicher vor strafrechtlicher Ahndung". Dass Letzteres in einem Rechtsstaat nicht den sicheren Ausschluss eines Ermittlungsverfahrens bedeutet, sollte uns verantwortungsvoll handeln und dokumentieren lassen, sollte uns beruhigen und nicht in Angst versetzen. Als Rechtsanwalt bin ich schon dreimal in solchen Fällen wegen Totschlags oder versuchten Totschlags verfolgt worden.

Wenn es nachträglich zu einer staatsanwaltlichen Überprüfung kommt, werden schlicht die zwei Säulen der Legitimation allen medizinischen Handelns abgefragt, die Indikation und der Patientenwille. Wir stellen folglich auf Anfrage der Staatsanwaltschaft alle verfügbaren Informationen zur medizinischen Situation und zum Patientenwillen in der Entscheidungssituation zur Verfügung. Dann stellt die Staatsanwaltschaft das Verfahren ein, wenn kein vernünftiger Zweifel daran besteht, dass dem Willen des Patienten entsprochen wurde: Im Traunsteiner Fall heißt es im Einstellungsbescheid sogar, dass es nicht nur erlaubt, sondern geboten war, den Patienten sterben zu lassen.

Nicht nur, aber auch am strafrechtlichen Aspekt orientiert hat sich in der Praxis folgendes standardisiertes, schrittweises Vorgehen bei „Entscheidungen am Ende des Lebens" entwickelt:

Die Erstberatung: Sie reicht meist aus in allen einfachen Fällen der passiven Sterbebegleitung, also im Bereich der Symptomkontrolle ohne lebensverkürzende Wirkung. Im Bereich der Symptomkontrolle mit möglicher tödlicher Wirkung – also der indirekten aktiven Sterbehilfe – kommt es eher zu Anfragen von Ärzten, die klar beantwortet werden können. Bei wenigen Fällen indirekter aktiver Sterbehilfe, aber regelmäßig bei Behandlungsabbrüchen mit dem Ziel, das Sterben des Patienten zuzulassen, bedarf es nach unserer Erfahrung der Erstberatung und anderer Hilfestellungen einer kontinuierlichen anwaltlichen Begleitung. Dringend anzuraten ist in diesen Fällen ein interdisziplinäres Team aus Begleitern und Beratern, teils am Krankenbett, teils im Hintergrund. Begleiten nämlich eine erfahrene Hospizschwester und ein Geistlicher und ein erfahrener Hausarzt den zugelassenen Sterbeprozess, sind die Pflegekräfte und die Angehörigen eingebunden und sind alle Beteiligten vom Rechtsanwalt abgesichert, dann ist diese „Ethik des Dialogs" die denkbar beste Wegbereitung für den letzten gemeinsamen Weg mit dem Patienten.

Rechtlich gesehen ist das Zivilrecht die Heimat dieser Lebensgeschichten, denn der Patient hat einen Rechtsanspruch darauf, dass keine medizinische Maßnahme gegen seinen Willen geschehe. Dazu bedarf es nicht des Staates als Wächter (also des Vormundschaftsgerichts), ebenso wenig des Staates als Strafverfolger (also der Staatsanwaltschaft und der Strafgerichte). Die tägliche Praxis würde damit unnötig stigmatisiert. Für einzelne Fälle des vermuteten Missbrauchs steht jedermann im Voraus die Anzeige an das Vormundschaftsgericht frei, ebenso wie im Nachhinein das scharfe Schwert des Strafrechts jedem droht, der meint, das breite Angebot legaler Sterbehilfe in Deutschland verlassen zu müssen.

Wir begleiten inzwischen tatsächlich fast ausnahmslos Fälle des Behandlungsabbruchs fern der Terminalphase – also jene Fälle, die zum Beispiel die Enquete-Kommission verbieten will. Es geht um Menschen, die zum Beispiel nach einem Schlaganfall, einer Hirnblutung, einer frustran verlaufenen Reanimation irreversibel zum Beispiel das Bewusstsein, die Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit zu atmen oder zu schlucken etc. verloren haben. Früher sind diese Patienten an ihrer Erkrankung gestorben. Mit den heutigen Möglichkeiten der Substitution, zum Beispiel durch eine Magensonde, können diese Menschen zwar nicht geheilt, aber am Leben gehalten werden.

Sind diese Menschen noch bewusst und können selbst entscheiden, so wirft die Entscheidung über eine mögliche Substitution keine nachhaltigen Probleme auf. Denn allein der Patient entscheidet. Das wird beim bewussten und – sagen wir – resoluten Patienten respektiert. Im Prinzip kann der Patient nur zwei Motive für eine Substitution haben:

1. Er hofft auf Besserung oder Heilung und akzeptiert die Substitution – bis zum Schwinden solcher Hoffnung – als einen lebenswerten Zustand.
2. Er empfindet den durch die Substitution gewonnenen Zustand und den in diesem Zustand möglichen Zuwachs an Lebenszeit selbst schon als lebenswert.

Nichts anderes kann im Fall des bewusstlosen und/oder einsichtsunfähigen Patienten gelten. Also ist – wenn der Patient nicht in einer Vorausverfügung selbst entschieden hat – bei der Ermittlung seines aktuellen mutmaßlichen Willens nach diesen zwei möglichen Motiven zu fragen:

1. Besteht Hoffnung auf Heilung beziehungsweise Besserung?
2. Besteht eine positive individuelle Lebenswertentscheidung des Patienten zu seinem Zustand?

Hier schützt uns das Grundgesetz also davor, dass wir zum Opfer der Menschenwürdedefinition anderer werden. Unsere Tätigkeit besteht deshalb in vertiefender wiederholter Beratung, umfassender Ermittlung und Dokumentation des Patientenwillens, Besprechung mit dem Arzt, Besprechung mit der Pflege, Round-Table-Gespräch, gemeinsamer Festlegung des „Weges", akribischer Dokumentation von Indikation, Patientenwillen und Procedere, flankierenden juristischen Maßnahmen zum Beispiel im Vormundschaftsrecht, strafrechtlicher Absicherung sowie einer „hautnahen" Begleitung des Sterbeprozesses zur Unterstützung aller Beteiligten.

Den Patientenwillen ermitteln wir dabei nach einem strikten Subsidiaritätsprinzip: Wenn eine eigene Willenserklärung des Patienten möglich erscheint, so ist die Einsichtsfähigkeit – eventuell durch ärztliches Gutachten – zu prüfen. Ist der Patient für die fragliche Entscheidung einsichtsfähig, so ist seine Willensäußerung festzustellen und zu dokumentieren. Sodann ist das Therapieziel nach dem geäußerten Willen festzulegen. Wenn eine eigene Willenserklärung des Patienten mangels Einsichtsfähigkeit nicht mehr möglich ist, muss erforscht werden, ob der Patient für die anstehende Entscheidung eine Vorausbestimmung getroffen hat („Wie hat der Patient entschieden?"). Als Beweismittel für eine Vorausverfügung gibt es den Urkundenbeweis (die sogenannte schriftliche Patientenverfügung) oder den Zeugenbeweis (die sogenannte mündliche Patientenverfügung).

Lässt sich eine konkrete Vorausverfügung des Patienten für die konkret anstehende Therapieentscheidung nicht feststellen beziehungsweise beweisen, so muss der individuelle mutmaßliche Wille ermittelt werden („Wie würde der Patient entscheiden?"). Als Beweismittel dienen alle Erkenntnisquellen mündlicher oder schriftlicher Art zur Wertewelt des Patienten (Urkunden- oder Zeugenbeweis). Lässt sich kein individueller mutmaßlicher Wille ermitteln, so muss der objektive mutmaßliche Wille ermittelt werden („Wie würde sich ein vernünftiger Mensch in der konkreten Situation entscheiden?" – im Sinne von „Wohl des Patienten", „tun, was Sinn macht").[3] Lässt sich auch kein objektiv mutmaßlicher Wille für die anstehende Therapieentscheidung finden, so gilt: *in dubio pro vita*.

3 Vgl. BGH, in: NJW 48, 1995, S. 204, und BGH, in: NJW 57, 2003, S. 1588.

Hier sehen Sie auch, wie kurzsichtig die Idee ist, für die Patientenverfügung die Schriftform als Wirksamkeitsvoraussetzung zu fordern. Mündliche Vorausverfügungen würden ihre Wirkung gleichermaßen entfalten. Sie dürften dann nur nicht „Patientenverfügung" genannt werden, würden aber auf der Ebene der „Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens" das stärkste Beweismittel darstellen.

In der Praxis kommen wir rein rechtlich gesehen mit der bestehenden Rechtslage gut zurecht. Aus dieser Praxis resultiert auch die Botschaft unseres Buches „Patientenrechte am Ende des Lebens": Wir benötigen keine Legalisierung der direkten aktiven Sterbehilfe, und wir brauchen auch keinen „Suizidtourismus" in die Schweiz – vorausgesetzt, das vorhandene palliativmedizinische und palliativpflegerische Wissen der geltenden deutschen Rechtslage wird angewendet. Dies gibt uns bei entsprechendem Patientenwillen keine „Lizenz zum Töten", sondern vielmehr die Pflicht, selbstbestimmtes Sterben zu respektieren und zuzulassen.

Unser Grundgesetz verbietet jede Motivkontrolle durch den Staat. Lehnt ein Mensch ärztliche Behandlung aus religiösen Motiven ab, so wird in aller Regel sein Wille ohne Motivkontrolle respektiert. Warum sollen diese Patienten nun besser vor Zwangsbehandlung geschützt sein als zum Beispiel hochbetagte Menschen, die einfach aus der Gesamtheit ihres erfüllten Lebens heraus eine künstliche Lebensverlängerung ablehnen?

Ebenso verbietet unser Grundgesetz jedwede Reichweitenbeschränkung. Auch hier hilft der Blick auf religiös motivierte Behandlungsverbote, die völlig unstrittig nicht erst in der Sterbephase rechtsverbindlich sind.

Der reine Paternalismus ist unserem Grundgesetz fremd. Freiheitsrechte finden ihre Grenzen nur in den Rechten anderer. Wir können Freiheitsrechte schließlich nicht dadurch schützen, dass wir sie einschränken.[4] Das mag alles sehr juristisch klingen. Wer aber als Arzt oder Pfleger sein Leben lang das Sterben als selbstverständlichen Bestandteil unseres Lebens miterlebt hat, kommt auch ohne Juristen zu der Erkenntnis: „Des Menschen Wille ist sein Himmelreich."

4 Genau dies scheint aber die Intention der derzeitigen Mehrheit in der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags zu sein.

Literaturhinweise zum Beitrag von Christoph Horn

E. Ankermann 2004, Sterben zulassen: Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens, Basel.

P. Ariès/H. H. Henschen 1997, Geschichte des Todes, 8. Auflage, München.

J. Bonneli (Hrsg.) 2000, Leben – Sterben – Euthanasie?, Wien.

J. Donnelly (Hrsg.) 1994, Language, Metaphysics, and Death, 2nd edition, New York.

F. Feldman 1992, Confrontations with the Reaper: A Philosophical Study of the Nature and Value of Death, New York.

J. M. Fischer (Hrsg.) 1993, The Metaphysics of Death, Stanford.

M. Herzog/H. B. Gerl-Falkovitz (Hrsg.) 2001, Sterben, Tod und Jenseitsglaube. Ende oder letzte Erfüllung des Lebens?, Stuttgart/Berlin/Köln.

A. Imhof 1991, Ars moriendi. Die Kunst des Sterbens einst und heute, Wien/Köln.

H. H. Jansen 1989, Der Tod in Dichtung und Philosophie, 2. Auflage, Darmstadt.

F. M. Kamm 1993, Morality, Mortality, Bd. 1: Death and Whom to Save from It, Oxford.

K. Kodalle (Hrsg.) 2003, Das Recht auf ein Sterben in Würde. Eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive, Würzburg.

J. Laager (Hrsg.) 1996, Ars moriendi. Die Kunst, gut zu leben und gut zu sterben, Zürich.

J. Malpas/R. C. Solomon (Hrsg.) 1998, Death and Philosophy, London/New York.

M. Mettner (Hrsg.) 2003, Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende, Zürich.

T. Nagel 1973, Death, in: ders., Mortal Questions, Cambridge/Mass., S. 1–10.

Ders. 1986, The View from Nowhere, New York/Oxford.

N. Ohler 2003, Sterben und Tod im Mittelalter, Düsseldorf.

G. Scherer 1979, Das Problem des Todes in der Philosophie, Darmstadt.

Ders. 1985, Sinnerfahrung und Unsterblichkeit, Darmstadt.

A. T. Tymieniecka/Z. Zalewski (Hrsg.) 2000, Life. The Human Being between Medicine and Philosophy, Dordrecht.

B. Williams 1973, The Makropoulos Case: Reflections on the Tedium of Immortality, in: ders., Problems of the Self: Philosophical Papers, 1956–1972, Cambridge/Mass.

F. Wiplinger 1985, Der personal verstandene Tod. Todeserfahrung als Selbsterfahrung, 3. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Literaturhinweise zum Beitrag von Wolfgang van den Daele

P. Berger 1973, Zur Dialektik von Religion und Gesellschaft, Kapitel 6: Säkularisierung und Plausibilitätsproblem, München, S. 122–146.

E. Durkheim 1988 [1902], Über die Teilung der sozialen Arbeit, Frankfurt am Main.

A. Honneth (Hrsg.) 1993, Kommunitarismus. Eine Debatte über die moralischen Grundlagen moderner Gesellschaften, Frankfurt am Main.

M. Kohli 1985, Die Institutionalisierung des Lebenslaufs, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37, S. 1–29.

A. Nussbaum 1999, The Right to Die. Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland, Berlin.

H. Meulemann 2005, Die Natur und das Leben. Naturalismus in Weltbildern und als Einstellung zur Biotechnologie in der deutschen Bevölkerung, in: W. van den Daele (Hrsg.), Biopolitik, Sonderheft Leviathan 2005 (im Erscheinen).

M. Weber 1992 [1919], Wissenschaft als Beruf. Max Weber Gesamtausgabe, Band I/17, Tübingen, S. 71–111.

Literaturhinweise zum Beitrag von Claus Fussek

Medizinischer Dienst 2003, Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, Essen.

Medizinischer Dienst 2004, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege – 1. Bericht, Essen.